

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID



**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR TIPO I
EUTIMICOS**

**TESIS DOCTORAL
Karen Natacha Nieto Rodríguez**

Dirigida por
Enrique Baca Baldomero

A Pedro, mi esposo.

Índice

página

Introducción.....	4
Objetivos e hipótesis.....	63
Método.....	67
Análisis estadístico.....	92
Resultados.....	95
Discusión.....	139
Limitaciones.....	165
Conclusiones.....	167
Bibliografía.....	169
Anexos.....	187
Índice de tablas.....	193
Índice de gráficos.....	195
Acrónimos.....	196

INTRODUCCION

Una breve revisión de la evolución del concepto del Trastorno Bipolar.

El termino “mania” y “melancolía” data desde varias centurias antes de Cristo. En la tradición Hipocrática la mania y la melancolía se consideraban enfermedades independientes. Arataeus de Cappadocia, médico romano que vivió en Alejandría en el siglo I antes de Cristo, fue el primero que asoció la manía y la melancolía al afirmar que se podían considerar como diferentes aspectos de una misma enfermedad (Angts J, 1986).

En la mitad del siglo XIX, en Francia, Falret y Baillarger (independientemente) describieron una enfermedad con fases alternativas de mania y depresión. El primero de ellos la llamó “*folie circulaire*” y el segundo autor “*folie à double forme*”. Falret escribió en 1854 que además, de las fases de mania y depresión, existía un intervalo lúcido más o menos prolongado. Por su parte, Baillarger describía una enfermedad con fases inmediatamente consecutivas y no tuvo en cuenta los episodios “lúcidos” (Sedler, 1983).

A pesar de las contribuciones de Falret, a finales del siglo XIX, autores como Kahlbaum (que describió la llamada “enfermedad cíclica”) y Baillarger entre otros, así como la mayoría de los clínicos, continuaron considerando a la mania y la melancolía como entidades crónicas con un curso deteriorante (Goodwin F y Jaminson K, 1990).

Fue Emil Kraepelin en 1899 quien consolidó la importancia de los conceptos antes enunciados separando las psicosis en dos grandes grupos: demencia precoz y enfermedad maniaco-depresiva. También, destacó la importancia del curso de la enfermedad maniaco-depresiva, que en la gran mayoría de casos, no llevaba al deterioro clínico y cognoscitivo de los pacientes (Healy D et al, 2008). Kraepelin conceptualizó el curso de los trastornos afectivos durante la vida como un movimiento a lo largo de un *continuum* que va desde fluctuaciones normales en el estado de ánimo (según el temperamento) a la mania y la depresión hasta los síndromes psicóticos (Angst J y Gamma A, 2008).

Asimismo, Kraepelin y su discípulo Weigandt enunciaron el concepto de “estados maniaco-depresivos mixtos”. Expusieron que en estos estados hay cambios en diferentes direcciones: hacia la exaltación o hacia la disminución del estado de ánimo, de la actividad motora y del

pensamiento (Salvatore et al, 2002). Asimismo, Weigandt fue el primer autor en emplear el término “depresión agitada” para designar a uno de los estados mixtos, dando una precisa descripción clínica de los mismos (Koukopoulos y Koukopoulos, 1999).

Las modernas clasificaciones de las enfermedades mentales como los Manuales Diagnósticos de Enfermedades Mentales (DSM) de la Asociación de Psiquiatría Americana-Estados Unidos- (APA) y el capítulo de los Trastornos Mentales de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en términos generales, se siguen basando en los conceptos establecidos por Kraepelin (Hippius H y Müller N, 2008). Además, estas taxonomías, proponen efectuar el diagnóstico psiquiátrico en un sistema multiaxial, en la CIE-10 este sistema está en discusión. El modelo del DSM propone cinco ejes:

- I.- diagnóstico psiquiátrico principal,
- II.- los Trastornos de la Personalidad y el Retraso Mental,
- III.- las condiciones médicas relacionadas con el eje I y II,
- IV.- hace referencia a los aspectos psicosociales,
- V.- hace referencia al nivel de funcionamiento global del individuo,

evaluado por medio de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (DSM IV TR).

Después de Kraepelin la evolución del concepto de la enfermedad maniaco-depresiva ha tomado direcciones diferentes en Europa y en Estados Unidos (EEUU). En este último país, Adolf Meyer y su escuela, llamada “escuela de psicobiología”, prepararon el terreno para la aceptación del psicoanálisis. Como consecuencia de esta influencia, el DSM de 1952 clasificó la enfermedad maniaco-depresiva como un “tipo de reacción”. Según Meyer, el perfil clínico de esta enfermedad podría ser “un tipo de reacción”, que se pone en marcha en individuos vulnerables a específicas influencias psicológicas y sociales (Shorter E, 1997).

Hasta la década de los 70 la nosología en EEUU para la enfermedad afectiva se basó en asumir etiologías frecuentemente antagonistas. Los estados depresivos se clasificaron como endógenos versus reactivos, neuróticos versus psicóticos y más recientemente primarios versus secundarios. Estas dicotomías fallan al considerar un solo parámetro, con lo cual no se puede diferenciar aspectos de la enfermedad que son parcialmente independientes de una

forma a otra: severidad, características neuróticas, presencia de síntomas psicóticos, factores genéticos y desencadenantes entre otros (Goodwin F y Jaminson K, 1990).

La aceptación del Trastorno Bipolar como un diagnóstico sólo se incluyó a partir de la tercera edición del DSM, a partir de 1980 (DSM III, 1980).

En Europa la evolución del concepto de la enfermedad maniaco-depresiva siguió un curso diferente al de EEUU, pues en este país predominó la influencia del psicoanálisis. En Europa Eugen Bleuer, propuso la existencia de un *continuum* entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, enunciando que en un paciente dado podría predominar la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva, es decir, el paciente podría oscilar entre estas dos polaridades en el curso de la enfermedad. Esta visión de Bleuer es mas dimensional que categorial (Del Porto, 2004).

En 1957 Leonhard propone la distinción entre la forma unipolar y la forma bipolar de la enfermedad afectiva. Este autor estableció dos clases de psicosis periódicas: una unipolar (manía, melancolía, depresión y euforia) y otra bipolar (la enfermedad maniaco-depresiva y la psicosis cicloide). Para este autor la melancolía incluye cambios en el afecto, en la actividad psicomotora y en el pensamiento mientras en la depresión solo hay cambios en el afecto. Asimismo expuso que en la manía hay alteraciones en el afecto, la actividad psicomotora y el pensamiento mientras en la euforia solo se observan variaciones del afecto. Algunos de estos conceptos han sido incorporados en diferentes versiones del DSM y en la CIE 10 se acepta la distinción entre unipolar y bipolar (Del Porto, 2004).

Por otra parte, desde la década de los 80 ha surgido una tendencia, por parte de algunos autores, a ampliar el concepto de bipolaridad. Estos autores proponen un concepto que han denominado el espectro bipolar, que va desde el trastorno “esquizaafectivo maniaco” y la mania a expresiones clínicas donde predomina la depresión acompañada de hipomanía y/o caracterizada por un curso cíclico recurrente e incluso ciclos rápidos (Akiskal, 1999; Gershon et al, 1982; Dunner et al, 1976; Angst J, 1998).

Asimismo, existen autores que abogan por incluir en el espectro bipolar la mania o la hipomania inducida por antidepresivos, los episodios hipomaniacos con una duración de uno, dos o tres días, los cuadros clínicos con mezclas de síntomas depresivos y maniacos llamados “mania mixta”, “mania depresiva” o “mania disfórica” (Akiskal et al, 2000).

Incluso existe la propuesta de siete tipos de Trastorno Bipolar (TB): el TB I (manía y depresión), el TB II (depresión e hipomanía), el TB III (manía exclusivamente como respuesta al tratamiento), el TB tipo IV (personalidad ciclotímica), el TB tipo V (depresión con historia familiar de TB), el TB VI (mania sin depresión) y el TB VII (la mania secundaria a trastornos orgánicos o sustancias) (Klerman GL, 1981). De igual forma, condiciones como los Trastornos de la personalidad Narcisista y Límite son considerados cada vez más como fenómenos de bipolaridad (Akiskal HS 1981, 1983; Atre-Vaidya N y Hussain SM. 1999).

Sin embargo hay autores que defienden la existencia de diferencias en la fenomenología, la historia familiar, el curso longitudinal y la respuesta al tratamiento entre los pacientes con el TB y los pacientes con Trastornos de Personalidad Límite. Por lo anterior estos autores destacan que son insuficientes las evidencias que soportan el concepto de que los Trastornos de la Personalidad Límite son una parte del espectro bipolar (Paris J, 2004)

De igual manera, hay otro aspecto alarmante como es la propuesta de formas clínicas de inicio temprano o sospechosas de ser precursoras del trastorno bipolar, en etapas tempranas del ciclo vital como son la infancia y la adolescencia (Faedda GL et al, 1995; Wozniak J y Biederman J, 1998; Biederman J et al 1998). En estas etapas del ciclo vital es importante tener en cuenta que muchos cambios en el desarrollo cognoscitivo, afectivo y conductual son normales y vistos de forma errada se pueden confundir con alteraciones psicopatológicas. Por lo anterior, se corre el riesgo de “psiquiatrizar” fenómenos del desarrollo normal, con consecuencias como la estigmatización, el uso indiscriminado de psicofármacos, entre otras. Un ejemplo de lo anterior, es un estudio en el que se efectuaron mediciones para hipomanía con una escala, la *Hypomania check list HCL-32-Angst*. El estudio en mención mostró que la gente joven enamorada tiene puntuaciones para hipomanía comparables a las encontradas en pacientes con Trastorno Bipolar tipo II (Brand S et al, 2007; HCL-32 por Angst J et al, 2005).

Con respecto, a la tendencia a ampliar el concepto de bipolaridad se ha asociado a informes de una creciente comorbilidad en el trastorno bipolar. De esta forma, se asocia al TB patologías heterogéneas, comportamientos de abuso de sustancias y en algunos casos sólo síntomas aislados. Se publican estudios con cifras elevadas de comorbilidad con trastornos

ansiosos como el pánico, la ansiedad generalizada, la fobia social y los fenómenos obsesivo-compulsivo (Chen Y-W y Disalver S, 1994; Angst J, 1996; Cassano et al 1998).

En este punto es importante enunciar dos conceptos: validez y fiabilidad. La validez hace referencia al grado en que los resultados de una medición corresponden con el estado real de los fenómenos que se están midiendo y la fiabilidad se refiere al grado en el cual las mediciones repetidas de un fenómeno relativamente estable caen cerca unas de otras (Sánchez R y Rodríguez-Losada J, 2003). Los estudios epidemiológicos que se realicen con la llamada “apertura” del concepto de trastorno bipolar pueden correr el riesgo de carecer de validez y fiabilidad, mostrando tasas falsamente elevadas o comorbilidad excesiva en los trastornos bipolares (van Praag HM, 1996).

Igualmente, otros autores plantean que se corre el riesgo de suprimir las distinciones entre los trastornos en los que predominan los síntomas afectivos y degradar el concepto de trastorno bipolar. Estos autores llaman a la precaución con el propósito de mantener la integridad del concepto de trastorno bipolar y prevenir el peligro de una ampliación prematura y la disolución del concepto (Baldessarini, 2000). Además, las repercusiones de la extensión del concepto de trastorno bipolar van desde el uso indiscriminado de psicofármacos (Ghaemi S, 2008), el tratar síntomas y no enfermedades y entre otros el incremento de los costos del TB -una enfermedad ya de por sí de alto coste (Hischfeld R y Vornik L, 2005). Con respecto a lo anterior, en una publicación en EEUU, los autores señalan que solo la mitad de los sujetos tratados (la mayoría con psicofármacos) por clínicos del área de la salud mental reunían criterios para un trastorno mental diagnosticable (Kessler RC et al, 2005).

A pesar de la polémica en torno al espectro bipolar, se mantiene cierto consenso en los criterios diagnósticos para el TB, por lo menos en las clasificaciones usadas en la práctica clínica y en la investigación. En el momento actual las clasificaciones más empleadas y con mayor aceptación son la CIE 10 y el DSM IV.

Con respecto a la CIE 10 el capítulo de Trastornos mentales y del comportamiento tiene un apartado para los Trastornos del Humor (afectivos) en el cual están los Trastornos Bipolares. Para la CIE 10, el Trastorno Bipolar se caracteriza por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que cambia el estado de ánimo y los niveles de actividad

del enfermo, de forma que en ocasiones la alteración puede constituir un episodio maniaco o hipomaniaco y en otras un episodio depresivo. Además, enuncia que lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios.

Además, en la CIE 10 los códigos del F31.0 al F31.9 se corresponden con los Trastornos bipolares (TB). De forma, que del F31.0 al F31.6 se relaciona con las diferentes especificaciones para el episodio más reciente (hipomaniaco, maniaco sin síntomas psicóticos, maniaco con síntomas psicóticos, depresivo leve-moderado, depresivo grave sin síntomas psicóticos, depresivo grave con síntomas psicóticos y mixto). A su vez, el F31.7 es para el trastorno bipolar en remisión, el F31.8 para otros trastornos bipolares, e incluye al Trastorno bipolar tipo II, y el F31.9 es para el trastorno bipolar sin especificación (CIE 10, 1992).

Por otro lado, en el DSM IV TR (DSM IV texto revisado) hay una sección denominada Trastornos del estado de ánimo, en ella se encuentran los trastornos bipolares. Esta sección abarca el Trastorno bipolar tipo I (TB I), el trastorno bipolar tipo II (TB II), la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. Para el DSM IV TR, la característica esencial del TB I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maniacos o mixtos y teniendo en cuenta que es frecuente que los sujetos presenten episodios depresivos.

Por su parte, el DSM IV TR utiliza el código 296.0X para el TB I episodio maniaco único, el 296.40 para especificar el episodio más reciente como hipomaniaco, el 296.4X para el episodio mas reciente maniaco, el 296.6X para el episodio mas reciente mixto, el 296.5X para el episodio más reciente depresivo y el 296.7 para el episodio más reciente no especificado. A su vez, en este manual el TB II se caracteriza por uno o mas episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco y le otorga el código 296.89 (DSM IV TR, 2002).

Epidemiología del Trastorno Bipolar

Respecto a los datos epidemiológicos de los trastornos mentales, existen diversos estudios. Uno de los más recientes y representativos es el estudio de la OMS, el *WHO-World Mental Health Survey Consortium*, llevado a cabo en 14 países -8 desarrollados y 6 en vías de desarrollo- con los objetivos de estimar la prevalencia en un año de la enfermedad mental con criterios DSM IV, la severidad de la misma y las necesidades de tratamiento. En esta investigación se realizaron las entrevistas cara a cara en el domicilio de 60.463 adultos, entre los años 2001 a 2003 y en 14 países localizados en América (países de toda América), Europa, Oriente Medio, África y Asia. La valoración de la presencia de los trastornos mentales, la severidad y el tratamiento de los mismos se realizó con una versión para Salud Mental de la Entrevista Diagnóstica Internacional, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La versión de esta entrevista fue elaborada por la Organización Mundial para la Salud Mental en inglés (*WHM*), se le denomina en forma abreviada, por sus siglas en inglés, *WHM-CIDI* y la aplicaron entrevistadores expertos en el diagnóstico psiquiátrico.

Los investigadores encontraron que la prevalencia en la población para cualquier trastorno mental va desde el 4,3% en Shangai al 26,4% en Estados Unidos, siendo los trastornos de ansiedad los más frecuentes con una prevalencia del rango del 2,4% al 18,2% seguidos de los trastornos del estado del ánimo que van del 0,8% al 9,6%. Con respecto a las cifras en España la prevalencia en la población para cualquier trastorno mental fue del 9,2% y para los trastornos del estado de ánimo fue del 4,9% -en España no fue evaluado el Trastorno Bipolar- (*WHO, 2004*).

Con respecto a la prevalencia del Trastorno Bipolar, en las investigaciones publicadas se observa una gran variación en las cifras lo que podría estar asociado a numerosos factores, entre ellos a los criterios usados para establecer el diagnóstico del TB.

En la Unión Europea, se han llevado a cabo varios estudios. En una revisión de los mismos, con el objetivo de determinar la prevalencia y la carga asociada para el trastorno bipolar tipo I y II, un grupo de investigadores, seleccionaron y la reanalizaron, los datos publicados de estudios epidemiológicos que utilizaron instrumentos diagnósticos basados en el DSM III-R, el DSM IV o la CIE 10. Al final escogieron 14 investigaciones de 10 países. Los

autores, encontraron que la prevalencia en 12 meses para el trastorno bipolar tipo I oscilo entre 0,9% en Hungría al 1,3% en Munich-Alemania. En cuanto a la prevalencia del TB tipo I a lo largo de la vida oscilo entre el 0,3% en Irlanda al 1,8% en Holanda. Con respecto a, las cifras para la prevalencia en 12 meses del TB tipo II fluctuaron entre el 0,2% en el área de Florencia-Italia al 0,4% en Munich-Alemania. A su vez, la prevalencia del TB tipo II a lo largo de la vida oscilo entre 0,1% en Irlanda y el 2% en Hungría. Finalmente, establecieron que la media para la prevalencia en 12 meses para el TB tipo I –tomando los seis estudios que usaron instrumentos diagnósticos comparables- fue del 0,9% y la prevalencia según el sexo fue similar. Por otro lado, cuando los autores analizaron los estudios con criterios que incluyeran sujetos con cualquier trastorno bipolar (tipo I, tipo II o del espectro bipolar) la prevalencia a lo largo de la vida fluctuó entre el 0,2% en Islandia, Irlanda del Norte y la antigua Alemania Occidental al 5,1% en Hungría y hasta el 6% en Zurich-Suiza (Pini et al, 2005).

En cuanto a lo descrito para España, en esta revisión, hallaron una prevalencia puntual para la hipomania del 2,4%, en la región de Reus. Asimismo, una prevalencia puntual de psicosis maniaco-depresiva tipo mania del 0,08%, en la población de la región de Cantabria (Pini et al, 2005).

Con respecto a la carga de la enfermedad asociada al TB, los autores examinaron tres estudios: dos en Francia y uno en el Reino Unido. Las investigaciones en Francia fijaron el gasto de los episodios maniacos en 1,3 billones de euros anuales, de los cuales del 98% al 99% se asoció a la hospitalización y cuidados de enfermería en el domicilio. A su vez, en el Reino Unido el costo directo (relacionado con el tratamiento de la enfermedad) atribuido al trastorno bipolar se calculo en 2 billones de libras anuales y el costo indirecto (relacionado con los días que no labora el paciente) en 1510 millones de libras anuales (Pini et al, 2005).

En lo que respecta a EEUU se han realizado diversos estudios para establecer la prevalencia del TB, los cuales establecen cifras que van del 1,2% hasta el 5%. Las primeras investigaciones, como el *Epidemiological Catchment Study-ECA* y el *National Comorbidity Survey-NCS*, estimaban la prevalencia del TB entre 1,2% al 1,6% (ECA, Reiger et al, 1988; NCS, Kessler et al, 1994). Otros, estimaron la prevalencia del TB del 0,3 al 1,5% según la población de diferentes regiones de EU (Weissman et al, 1996). Mientras, estudios más

recientes, elaborados con criterios DSM IV, como el *National Comorbidity Survey Revised-NCS-R* establecen la prevalencia a lo largo de la vida para los Trastornos Bipolares tipo I y II en el 3,9%. Además, afirman que es más frecuente en los grupos poblacionales de 18 a 44 años. A su vez, que el rango más usual de edad para el inicio del TB es de los 17 a 25 años (*Kessler R et al*, 2005). Por otro lado, según datos del *National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions 2001-2002*, la prevalencia del TB tipo I en doce meses la establecieron en el 2% y a lo largo de la vida en el 3,3%. Además, no observaron diferencias en cuanto al sexo (*Grant et al*, 2005).

Asimismo, en EEUU las investigaciones con criterios menos restrictivos que incluyen a los trastornos del llamado espectro bipolar consideran que la prevalencia para el TB es de al menos un 5% en la población e incluso afirman que puede ser mayor (*Akiskal HS et al*, 2000; *Angst J et al*, 2003).

Sin embargo, en EEUU y en Europa algunos autores manifiestan que en los años recientes puede haber un sobre-diagnóstico del TB, principalmente en EEUU. En este país, llevaron a cabo una investigación entre los años 2001 al 2005, en la cual incluyeron 700 pacientes. A los pacientes les aplicaron cuestionarios de autoreporte, en los cuales se les preguntaba si habían recibido el diagnóstico de TB o enfermedad maniaco-depresiva por parte de un profesional de la salud. Además, les administraron la entrevista estructurada según criterios de DSM IV para trastornos del eje I (*SCID I*, por sus siglas en inglés). Asimismo, obtuvieron información acerca del antecedente de enfermedad psiquiátrica en familiares en primer grado. A su vez, los entrevistadores que aplicaron la *SCID I* desconocían los resultados de los autoreportes. Finalmente, los hallazgos establecieron que menos de la mitad de los pacientes que manifestaron el haber recibido el diagnóstico de TB o enfermedad maniaco-depresiva reunían criterios para el TB según criterios DSM IV. Además, los pacientes en quienes se confirmó el diagnóstico de TB, tenían significativamente mayor riesgo para la enfermedad que los pacientes en quienes no se confirmó el mismo -con una p menor de 0,02-. La información de los factores de riesgo la obtuvieron del cuestionario de autoreporte (*Zimmerman M et al*, 2008).

En lo que respecta a la carga del TB -en costos- en EEUU, según un estudio se ha calculado en 45 billones de dólares para el año 1991, de los cuales 7 billones en costos directos

(ligados al tratamiento) y 38 billones de dólares en costos indirectos (perdida de productividad del paciente y sus cuidadores) (Wyatt RJ y Henter I, 1995).

El Trastorno Bipolar y la Comorbilidad.

El Trastorno Bipolar es una de las entidades clínicas a la que mayores tasas de comorbilidad se le atribuyen, según diversas investigaciones. Aunque, no siempre queda claro el concepto de comorbilidad que manejan los autores de dichas investigaciones. A este respecto, van Praag desde 1996, analiza las diferentes visiones que puede tener el concepto de comorbilidad (van Praag, 1996). Este autor expone una serie de concepciones, como son las siguientes:

- la comorbilidad como la situación en la que un paciente padece simultáneamente de varias enfermedades. Este es el uso mas adecuado, lo importante aquí es distinguir esta situación clínica de la posibilidad de que las alteraciones psicopatológicas que presente un paciente sean mal clasificadas en aparentes categorías, sin que exista una genuina distinción entre ellas.

- La comorbilidad como un orden jerárquico, en esta circunstancia el paciente padece de varias enfermedades siendo una primaria y las otras derivadas de esta. En este caso, la enfermedad primaria generaría alteraciones que darían lugar a la segunda, aquí las dos enfermedades podrían resolverse con el mismo tratamiento.

- La comorbilidad como producto de una personalidad alterada. En este escenario en un paciente dado los síntomas psiquiátricos se acompañan de una personalidad patológica. Lo anterior se puede explicar de varias formas: como una situación fortuita, que se generen en forma simultánea o que la patología de la personalidad sea responsable o causa de la enfermedad del eje I o viceversa. En este contexto lo importante es establecer si las patologías del eje I y II son meramente coexistentes o interrelacionadas causalmente.

- La comorbilidad como varios trastornos o síndromes psicopatológicos en un paciente dado que pueden ser manifestaciones de una sola anormalidad biológica. Esto implica la ardua

labor en la identificación de marcadores biológicos de complejas disfunciones neurofisiológicas que podrían ser responsables de las alteraciones psicopatológicas.

-La comorbilidad fundamentada en trastornos mentales concebidos como patrones de reacciones a estímulos nocivos, con considerable variabilidad interindividual y poca consistencia, mas que como entidades separadas e independientes. De acuerdo con lo expuesto el modelo de coexistencia de varios trastornos mentales es meramente apariencia, lo real serían las disfunciones biológicas que dan lugar a estos patrones de reacción. Según lo afirmado antes, una posible consecuencia sería la polifarmacia orientada a las disfunciones neurofisiológicas. En este punto, es importante tener en cuenta que algunos síntomas pueden ser un reflejo directo de un proceso psicopatológico y otros derivados del mismo.

Finalmente concluye: en la comorbilidad se debe considerar a cada entidad diagnosticada lo suficientemente independiente como para tener características propias fisiopatológicas, epidemiológicas, así como un tratamiento y un curso específico (van Praag, 1996).

Desde otro punto de vista, la Asociación de Psiquiatría Americana-APA, define la comorbilidad actual o a lo largo de la vida como la presencia de dos o más condiciones psiquiátricas y/o médicas, una como diagnóstico psiquiátrico principal en el eje I o en el eje II y la o las otras entidades adicionales en el eje I, II o III (DSM IV, 1994).

Teniendo en cuenta el tema de la comorbilidad en la enfermedad mental hay diversas investigaciones en EEUU. Los primeros estudios epidemiológicos como el *NCS* y el *ECA* expusieron que del 56% al 60% de las personas con el antecedente del diagnóstico de un trastorno mental tenían comorbilidad con dos o más enfermedades mentales. Estos porcentajes de comorbilidad se asocian, generalmente, con trastornos de ansiedad y uso de sustancias (NCS-Kessler R, McGonagle K, 1994; ECA-Regier1984).

Por otra parte, las investigaciones con el objetivo de determinar el porcentaje de comorbilidad, según los criterios propuestos por la APA, en los pacientes con Trastorno Bipolar, muestran cifras elevadas de la misma. Una de estas investigaciones destaca que el 65% de los pacientes tenían al menos otro diagnóstico en el eje I a lo largo de la vida. Además, establecieron como entidades comorbidas más frecuentes a los trastornos de ansiedad -el trastorno por ataque de pánico con agorafobia, la fobia social-, los trastornos

por uso de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria -tipo bulimia-. Asimismo, al describir la comorbilidad actual, es decir, en el momento de la evaluación, la consideraron del 33%. Al mismo tiempo, no encontraron diferencias entre los pacientes con TB tipo I o II. Igualmente, la comorbilidad a lo largo de la vida la asociaron al inicio temprano del TB y a desarrollo de episodios más severos con el paso del tiempo. De igual forma, la comorbilidad actual la asociaron al inicio temprano de la enfermedad, a mayores limitaciones en la actividad ocupacional o en el nivel de funcionamiento, a los ciclos rápidos, al antecedente de aceleración de los ciclos y a una mayor severidad en los episodios afectivos (McElroy et al, 2001).

Hay informes que analizan los datos expuestos en grandes estudios epidemiológicos. Uno de los informes acerca del *NCS*, declara que el 47,1% de los pacientes con TB presentaban comorbilidad con el diagnóstico de Fobia Social en algún momento de la vida (Kessler R, Stang P, 1999). Otro de los análisis publicados acerca del *ECA* mostró que el 21% de los pacientes con TB tenían diagnóstico comorbido con el Trastorno Obsesivo Compulsivo a lo largo de la vida. Similarmente, el mismo análisis revela que el 21% de los pacientes con TB reunían criterios para comorbilidad con el Trastorno de Pánico en algún momento de la vida (Chen YW y Disalver SC, 1995).

De igual forma, los realizadores de los estudios epidemiológicos como el *NCS* y el *ECA* declaran que los pacientes con TB I tenían entre 3 a 7 veces más riesgo de abuso o dependencia al alcohol y 7 veces más riesgo de abuso o dependencia a las drogas que la población general (Kessler et al, 1994; Regier et al, 1990).

Del mismo modo que al TB se le relaciona con una comorbilidad elevada, se le vincula con una morbilidad excesiva. Según, diversos autores los pacientes con TB tipo I y II experimentan a lo largo de la enfermedad más tiempo con sintomatología depresiva que maniaca o hipomaniaca; principalmente subsindrómica como episodios depresivos menores y distimia (Judd LL, 2002, Judd LL 2003). De igual forma, algunos estudios realizados con un período de seguimiento de varios años enuncian que los pacientes con el TB tipo II padecen 37 veces más semanas con síntomas depresivos que con síntomas hipomaniacos y los pacientes con el TB tipo I sufren 3 veces más semanas con síntomas depresivos que con síntomas maniacos o hipomaniacos (McIntyre R S y Kornaski JZ, 2004).

Por otro lado, al enfocar el tema de la comorbilidad en el TB con patologías del eje III, es necesario aclarar algunos aspectos importantes. En primer lugar es fundamental asumir la presencia de las patologías del eje III, en las cuales algunas de sus manifestaciones clínicas son síntomas propios del TB. De estas entidades clínicas las más relacionadas con sintomatología maniforme y depresiva muy similar al del TB están: la migraña, el síndrome velocardiofacial, la esclerosis múltiple, el síndrome de Cushing, los infartos cerebrales subcorticales, la leucoencefalopatía, algunos tumores cerebrales, traumas craneoencefálicos y la enfermedad de Darier, entre otras (Ranga K, 2005). En segundo lugar, pueden existir patologías del eje III ligadas al los efectos secundarios del tratamiento psicofarmacológico para el trastorno bipolar. Entre estas entidades clínicas se señala a la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, el hipotiroidismo, el síndrome de ovario poliquístico, la insuficiencia renal, el rash cutáneo y el síndrome de Steven Jonson, entre muchas (Ranga K, 2005; McIntyre RS et al, 2004).

De igual forma, la mortalidad por causas naturales y no naturales ha sido investigada en los registros de defunciones nacionales de varios países. Los investigadores han encontrado que la mortalidad en los pacientes con TB es 2 veces más alta que en la población general. A su vez, han expuesto que las tasas de suicidio son 10 veces mas altas que en la población general (Sharma R y Markar HR, 1994; Hoyer EH et al, 2000). Similarmente, los realizadores de un estudio llevado a cabo en Suecia, hallaron que las causas de muerte natural más usuales en los pacientes con trastorno bipolar correspondieron a la enfermedad cardiovascular, el suicidio y el cáncer. Respecto a las causas de muerte no naturales más habituales señalan el suicidio y la muerte violenta. El suicidio se produjo más en jóvenes y en el primer año después de su primera hospitalización. En conclusión la mortalidad para todas las causas se vinculó con el antecedente de la primera hospitalización a edades jóvenes-menor de 30 años- (Osby U, 2001).

El Trastorno Bipolar y la comorbilidad con los Trastornos de la Personalidad

Análogamente, a la comorbilidad en el TB con patologías psiquiátricas (o del eje I según el modelo del DSM) y las mal llamadas orgánicas (o del eje III según del DSM), se ha indagado mucho en lo referente a la comorbilidad con entidades clínicas como los Trastornos de la personalidad. Antes de entrar en el tema es necesario esbozar algunos aspectos del complejo tema de la personalidad.

La personalidad es un campo de estudio que atañe a muchas disciplinas heterogéneas, desde la filosofía a la neurociencia. Por ello se hace indispensable que al acometer el asunto se manifieste el punto de vista desde el que se va a enfocar la personalidad. La psicología exhibe innumerables teorías desde las propuestas por el psicoanálisis a las personalistas de corte antropológico-filosófico (Fadiman J y Fragor R, 2001). En la psiquiatría hay posturas que van desde la visión de la personalidad y sus trastornos como el centro de la sintomatología psiquiátrica a posiciones que sostienen que la personalidad es una construcción especulativa que ha dejado de tener contenido científico (Baca BE y Roca BM, 2004). Teniendo esto presente, se ha intentado encontrar una terminología que enuncie algunos conceptos que permitan comprender que es la personalidad. Los conceptos mas empleados son carácter y personalidad. Para Kretschmer, el carácter es “la totalidad de las posibilidades afectivo-volitivas de reacción de una persona, que surgen en el transcurso de su evolución vital” y el temperamento los “sustratos neuroendocrinos” que determinan la sensibilidad o su carencia a los estímulos exteriores, el colorido o temple anímico, el ritmo de funcionamiento psicológico general y la psicomotricidad (impulsividad) del sujeto (Baca BE y Roca BM, 2004). El concepto de la personalidad como la suma del carácter y del temperamento, es actualmente la más aceptada. Sin embargo, es el temperamento y el carácter lo que puede responder a la pregunta ¿Qué hace a una persona ser persona? la respuesta a esta pregunta es muy compleja y pone en evidencia la necesidad de mantener la mente abierta al hecho de que cuando hablamos de personalidad hablamos de personas.

Por otro lado, en una revisión reciente sobre el tema de la persona, la personalidad, los trastornos de la personalidad y el *self*, los autores afirman que una de las teorías de personalidad más citadas es cognoscitiva, la cual describe a la personalidad como una

colección de auto-esquemas y auto-representaciones que organizan el comportamiento, el afecto y la cognición. A su vez, los autores sostienen que hay teorías en las que algunos criterios de los trastornos de la personalidad son más cercanos al *self* o en otras palabras más internalizados como la culpa y la sensación de inferioridad y otros más externos al *self* o externalizados como la impulsividad y la falta a tolerancia a frustración. Mientras, que en otras teorías algunos de los criterios diagnósticos para los trastornos de la personalidad son enfocados como hábitos y disposiciones y otros como cambios anímicos y sentimientos permanentes (Gerrit G, 2006).

De igual forma, los sistemas de clasificación de los Trastornos de la Personalidad (TP) no están exentos de controversia. Sin embargo, la investigación básica y clínica en el tópico de la personalidad y sus alteraciones se asienta en ellos.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10, los Trastornos de la Personalidad pertenecen al capítulo de Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. Se encuentran codificados en la F60, bajo el título Trastornos Específicos de la Personalidad. La CIE-10 define a los TP como: trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales. También afirma, que tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir en la edad adulta, por ello es probable que el diagnóstico sea adecuado antes de los 16 o 17 años. Además, deben reunir las siguientes pautas: actitudes y comportamientos marcadamente faltos de armonía que afectan a la afectividad, la excitabilidad, al control de los impulsos, las formas de percibir y pensar y al estilo de relacionarse con los demás. Asimismo, esta forma de comportamiento es duradera, generalizada, desadaptativa, conlleva un considerable malestar- que puede aparecer solo en etapas avanzadas de la vida- y se acompaña aunque no siempre de deterioro en el rendimiento profesional y laboral. Para su diagnóstico se requieren tres de los rasgos que aparecen en su descripción (CIE 10, 1992).

Los tipos de TP según la CIE 10 son:

- Trastorno Paranoide de la personalidad
- Trastorno Esquizoide de la personalidad

- Trastorno Disocial de la personalidad
- Trastornos de la inestabilidad emocional de la personalidad, con dos variantes:
 - Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo
 - Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite
- Trastorno Histriónico de la personalidad
- Trastorno Anancástico de la personalidad
- Trastorno Ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad
- Trastorno Dependiente de la personalidad
- Otros trastornos específicos de la personalidad: narcisista, excéntrica, inestable, inmadura, pasivo-agresiva, psiconeurótica.
- Trastornos de la personalidad sin especificación incluye neurosis del carácter y personalidad patológica.

Por su parte, en el DSM IV TR los Trastornos de la Personalidad constituyen un capítulo. En este apartado los TP están codificados bajo la referencia 301. En este manual la definición de los TP es: trastornos que tienen como característica principal un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos. Este patrón es inflexible, provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la actividad del individuo: es un patrón estable, de larga duración y su inicio se remonta a la adolescencia o al principio de la edad adulta (DSM IV TR, 2002).

El DSM IV TR, divide a los TP en tres grupos y una categoría residual.

Grupo A:

- Trastorno Paranoide de la personalidad
- Trastorno Esquizoide de la personalidad
- Trastorno Esquizotípico de la personalidad (en la CIE 10 se considera el Trastorno Esquizotípico con el código F21, en el capítulo de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes).

Grupo B:

- Trastorno Antisocial de la personalidad
- Trastorno Límite de la personalidad
- Trastorno Histriónico de la personalidad
- Trastorno Narcisista de la personalidad

Grupo C:

- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Y una categoría restante para:

Trastorno de la personalidad no especificado

Finalmente el DSM IV TR posee una serie de apéndices de los cuales el B es criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. En este apéndice se ubica al Trastorno depresivo de la personalidad y al Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (trastorno negativista de la personalidad).

Asimismo, la investigación básica y clínica, en el tópico de la personalidad y sus alteraciones, aporta al debate una estructura compleja de conceptos y descubrimientos. Esta red de hallazgos permite un análisis crítico de la forma como están conceptualizados los TP, en las taxonomías para los desordenes mentales usualmente más empleadas.

En **primer lugar**, los TP son conceptualizados como estables en el tiempo. La estabilidad en el tiempo implica cronicidad. A este respecto, existen investigaciones donde se señala la imprecisión de esta pauta de diagnóstico para el TP. Así, el *Collaborative Longitudinal Personality Study-CPLS*, expone que la mitad de los pacientes seguidos en uno o dos años, no continuaban reuniendo los criterios necesarios para el diagnóstico del TP. Sin embargo, el autor reconoce que aunque los pacientes no mantenían los criterios para el diagnóstico persistían con bajos niveles de funcionamiento, relacionado con rasgos de personalidad desadaptativos que interferían con el trabajo y las relaciones interpersonales (CLPS-Skodol et al 2005)

Asimismo, en el *McLean Study of Adult Development-MSDA*, en el cual realizaron el seguimiento de pacientes con Trastorno de la personalidad límite (TPL) en un período de tiempo de seis años. Los autores hallaron que en el 74% de los pacientes, las pautas de

diagnóstico para el TPL remitieron y el porcentaje de recurrencia de las mismas estuvo en el 6%. También, apuntan la posibilidad que el pronóstico del TPL sea mejor de los que creía. A su vez, especifican que muchos pacientes continuaban recibiendo tratamiento por dificultades en recuperar un adecuado nivel de funcionamiento (MSDA-Zanarini et al, 2005).

De igual forma, se efectuó un estudio con una muestra de 290 pacientes con Trastorno de personalidad Límite, evaluados con la *Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R)* y con la entrevista estructurada para los TP según criterios DSM III R. A los pacientes se les realizó un seguimiento que consistió en reevaluaciones a los 2, 4 y 6 años de iniciada la investigación. De los 290 pacientes el 94% cumplieron con el período de seguimiento. Además, las reevaluaciones las realizaron entrevistadores ciegos a los resultados de la primera evaluación. Los resultados del estudio mostraron que en el 34,5% de los pacientes el diagnóstico remitió a los 2 años, en el 49,4% a los 4 años y en 68,8% a los 6 años. Y solamente el 5,9% de los pacientes en los que remitió el TPL tuvieron recurrencias. Los autores señalan que los síntomas del TP que remitieron más rápidamente fueron los impulsivos, mientras los síntomas afectivos tendieron a ser crónicos y los síntomas cognoscitivos e interpersonales fueron intermedios (Zanarini M et al, 2003).

Con relación a todo lo anterior, Skodol y Zanarini sugieren que los actuales TP podrían ser un híbrido de rasgos (los cuales muestran consistencia a lo largo del tiempo) y de síntomas (los cuales tienden a remitir en el tiempo).

De igual manera, hay informes de estudios efectuados en pacientes con Trastornos del estado de ánimo tipo Depresión mayor y comorbilidad con los TP. En uno de estos estudios, los autores afirman que la permanencia en el tiempo del diagnóstico del TP es moderada. A su vez, señalan que la firmeza en el diagnóstico del TP depende del modelo que se use para el mismo, el de categorías o el dimensional. Indican que la estabilidad de los TP pobre cuando el modelo de diagnóstico empleado es el de categorías. Asimismo, la estabilidad en 10 años para el TP es similar a la observada en los Trastornos de ansiedad y en los rasgos de personalidad normal (Durbain C y Klein D, 2006).

Por otra parte, en el *The Children in the Community Study of developmental course of Personality Disorders*, los investigadores apreciaron un descenso en los índices del TP

detectados en la adolescencia con respecto a los hallados la adultez. Sin embargo, la presencia del TP en la adolescencia se estableció como un predictor psicopatología en la adultez (Cohen et al, 2005).

De igual forma, constan diversos datos epidemiológicos acerca de la observación que los TP tienden a diagnosticarse desde la juventud pero pueden declinar con la edad (Ekselius et al, 2001).

Finalmente, hay autores que enuncian que el problema es que las actuales categorías para los TP incluyen rasgos y síntomas al mismo nivel de importancia para el diagnóstico. Lo anterior posibilita la remisión del TP. Sin embargo, si los síntomas desaparecen con el tiempo pero persisten los rasgos desadaptativos no podríamos hablar de una recuperación completa del sujeto. En este contexto se mantendría el concepto de duración o cronicidad del TP en el tiempo. Asimismo, se señala que el concepto en general no es el problema sino la definición de las categorías diagnosticas para los tipos, como podría ser el caso del TPL. Las descripciones de los tipos de TP mejorarían en validez si se fundamentan en los rasgos desadaptativos, los cuales tienden a mantenerse en el tiempo y son los responsables de los bajos niveles de funcionamiento global del sujeto (Paris J, 2005).

En **segundo lugar**, por definición los TP tienden a iniciarse en la infancia y en la adolescencia y a persistir durante la edad adulta. En el DSM IV TR en la descripción del Trastorno de personalidad antisocial (TPA) el inicio de las características debe ser antes de los 15 años, con la configuración de un Trastorno de la Conducta Disocial. Esto puede resultar problemático pues hay informes de individuos adultos que reúnen las pautas para el diagnóstico del TPA y no tienen el antecedente del Trastorno de la conducta disocial en la infancia (Elkins et al, 1997).

En **tercer lugar**, históricamente se ha considerado que los TP son poco susceptibles de tratamiento sin embargo esto ha cambiado en los últimos años (Livesley, 2004). Desde hace un tiempo se ha destacado que la psicoterapia puede ser efectiva en el tratamiento de los TP principalmente en el TPL (Linehan M et al, 1993; Clarkin et al, 2004).

Por otro lado, es necesario destacar que la estimación del efecto del tratamiento en los sujetos con TP puede ser imprecisa. En este tópico podría suceder que el tratamiento reduzca o haga desaparecer los criterios diagnósticos fundamentados en síntomas pero

persistan los patrones de rasgos desadaptativos del TP. En un estudio se valoró la respuesta al tratamiento psicofarmacológico agrupando las pautas para el TP en cuatro facetas: las percepciones cognoscitivas aberrantes, la inestabilidad afectiva, los comportamientos impulsivos y las pautas acerca del nivel de funcionamiento global del sujeto. Los hallazgos permitieron indicar que las tres primeras facetas mejoraron con el tratamiento pero el nivel de funcionamiento se mantuvo sin cambios (Soloff 1998).

En **cuarto lugar**, otro aspecto en debate es la presunción respecto al efecto negativo de la presencia de un TP en la evolución y pronóstico de otros trastornos mentales. En este punto es indispensable diferenciar el efecto del TP en el curso clínico de otros desordenes mentales del efecto en el grado de recuperación funcional del paciente. Un ejemplo de lo anterior son algunos estudios con resultados dispares. A este respecto, el informe de un estudio hecho en pacientes con Trastorno depresivo mayor evidenció que el impacto del TP en el resultado del tratamiento de la depresión era menor del esperado (Mulder, 2002). Mientras, otros estudios que examinaron la repercusión de la comorbilidad en los Trastornos de ansiedad con los TP, concluyeron que la eficacia de la intervención disminuyó por la presencia de la comorbilidad (Dressen, 1998).

En **quinto lugar**, los TP han sido conceptualizados como trastornos mentales en los cuales la introspección es nula o está estructurada en forma deficiente. Además, son descritos como egosintónicos y el malestar que ocasionan es más marcado en las personas alrededor del sujeto. Sin embargo, la introspección para síntomas afectivos, ansiosos es frecuente en algunos tipos del TP como en el Trastorno de personalidad evitativo (TPEv) o en el TPL. Por otra parte, el estudio del grado de introspección provee claves para diferenciar los rasgos de personalidad patológicos. Así, valorar en los pacientes el nivel de introspección para los rasgos de personalidad puede ayudar a determinar la patología de la misma. Los TP estarían configurados como un conjunto de rasgos con nula o pobre introspección, los cuales son congruentes con las disfunciones sociales y ocupacionales propias del TP (Krueger RF, 2005).

En **sexto lugar**, en el campo de los TP se asegura que poseen una elevada comorbilidad con otros desordenes mentales. Lo anterior se encuentra ligado a los hallazgos de diversos estudios epidemiológicos en salud mental. Uno de los cuales, elaborado con sujetos

representativos de la población general de EEUU, concluye que los Trastornos por uso de drogas y alcohol se asocian con un notable aumento del riesgo de reunir los criterios para un TP (Grant, 2004).

En este aspecto, es primordial señalar que los pacientes con trastornos por uso de sustancias pueden desarrollar comportamientos patológicos vinculados al efecto de las sustancias o a conductas de búsqueda de las mismas que en ocasiones son interpretados como rasgos anómalos de la personalidad. Aunque, los citados rasgos patológicos pueden no manifestarse en contextos diferentes al del uso de sustancias, por lo que no podrían definirse inequívocamente como una pauta para el diagnóstico de un TP.

Igualmente, los hallazgos de diversos estudios, con muestras comunitarias y clínicas, ponen de manifiesto que la presencia de un TP aumenta el riesgo de presentar otro trastorno mental del llamado eje I (McGlashan et al, 2000; Samuels et al, 1994). El evento antes descrito puede ser el caso de la Fobia social generalizada y el Trastorno de personalidad evitativo (TPEv). Las dos entidades clínicas expresan sintomatología difícil de distinguir, principalmente si se enfoca la atención en los síntomas cognoscitivos y en los conductuales. Así, algunos autores concluyen que los dos trastornos representan el concepto de la ansiedad social a diferentes niveles de severidad (Alden et al, 2002).

En **séptimo lugar**, hasta hace relativamente poco tiempo se ha hecho hincapié, en la etiología de los TP ligada a aspectos del entorno del sujeto (Widiger TA, 2002). Sin embargo, cada vez con más frecuencia, se pone en evidencia que los aspectos biológicos juegan un papel destacado en la etiología de los TP. Se han efectuado algunos estudios, con la metodología de investigación en gemelos, con el propósito de indagar en etiología de la personalidad patológica. Los resultados de estas investigaciones, sugieren que ciertos rasgos propios de las patologías de la personalidad y otras formas de psicopatología son hereditarias (Plomin y McGuffin 2003; Kendler K 2001). Además, algunos de los factores heredables descritos son la inestabilidad emocional, la conducta disocial, la inhibición y la tendencia a la los actos compulsivos, entre otros. Otros aspectos, como la pasividad y las alteraciones en la volición, presentes en algunos pacientes con TP personalidad en los que predomina la inhibición social están genéticamente ligados (Silberschmidt A y Sponheim S, 2008). Otro terreno son las bases neurobiológicas que comparten pacientes con Trastorno

depresivo mayor y sujetos con altas puntuaciones en las escalas que miden el Neuroticismo, que ha sido planteado designado como un rasgo de la personalidad anormal (Foster JA y MacQueen G, 2008).

En **octavo lugar**, esta el tópico de la correlación entre personalidad normal y anormal. La integración entre diferentes modelos de la personalidad normal y los rasgos de personalidad anormal ha sido examinada por diversos investigadores. En un estudio tomaron diferentes inventarios de varios modelos de la personalidad normal y los articularon en una matriz. Los cuestionarios que usaron fueron: el cuestionario de personalidad de Eysenck -*Eysenck Personality Questionnaire-Eysenck, 1975*, el cuestionario Multidimensional de Personalidad -*Multidimensional Personality Questionnaire-Tellen 1985*-, variaciones del *Neuroticism*, *Extraversion*, *Openness*-*Personality Inventory-NEO-PI*-, como los cuestionarios-*Neo NEO-PI-R* y el *NEO Five Factor Inventory NEO FFI-Costa & McCrae 1985-1992*-, y dos versiones del inventario de Temperamento y Carácter -*Temperament and Character Inventory-Cloninger 1987, 1993*-. Los investigadores realizaron una aproximación metaanalítica y ensamblaron una matriz de correlación entre las 44 escalas derivadas de los inventarios y finalmente le agregaron los datos de 52 estudios diferentes. Finalmente, expusieron las siguientes conclusiones: primero no más de cinco factores eran responsables de la variación en las 44 escalas. Segundo los cinco factores encontrados fueron neuroticismo, afabilidad, escrupulosidad, extroversión y apertura. Los anteriores elementos están fuertemente representados en el modelo de Cinco Factores o *Five factor Model (FFM*, por sus siglas en inglés). Por lo anterior, la personalidad normal y anormal podrían compartir los mismos espacios. Así, los rasgos propios de un TP podrían pasar de ser categorías a constituir dimensiones (Markon KE et al, 2005).

De igual forma, el Modelo Cinco Factores, también conocido como Los Cinco Grandes (*Big Five*, en inglés) ha sido señalado como una estructura desde la cual se pueden analizar los Trastornos de la personalidad (Blackburn et al, 2005, Miller JD, Pilkonis PA y Clifton A, 2005). De esta forma, se ha propuesto que los inventarios derivados del Modelos de los Cinco Grandes pueden ser de utilidad clínica para identificar a los sujetos que reúnen criterios para el diagnóstico de TP según el DSM IV (Miller JD et al, 2005). Además, se ha explorado con el Modelo de los Cinco Factores, la influencia de los rasgos anormales de

personalidad en la aceptación y los resultados del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico de pacientes con TP y otros diagnósticos psiquiátricos (Miller JD et al, 2006). Y en **noveno lugar**, pero no por ello menos relevante está la polémica en torno a la reconceptualización de los TP, la propuesta es definirlos en un modelo dimensional y no en un modelo por categorías. Los modelos de personalidad dimensionales establecen conexiones entre algunos síndromes psicopatológicos y los rasgos de personalidad anómalos. De esta forma, se ha vinculado a los síndromes depresivos y ansiosos la dimensión de la personalidad anormal denominada neuroticismo. También, los problemas de abuso de sustancias y el comportamiento antisocial, se ha asociado con un estilo de personalidad impulsivo. Estas asociaciones no sólo son en el perfil clínico sino también en el área de los hallazgos en la investigación en genética (Krueger y Tackett, 2003).

Por otro lado, la adopción de un modelo dimensional para los TP no significa abandonar la distinción entre normal y anormal, sino agudizar la discusión acerca de cómo las dimensiones de síntomas y rasgos están relacionadas con conceptos como trastorno mental y psicopatología. A su vez, en el modelo dimensional hay que establecer el punto de corte necesario para que la sintomatología este ligada a consecuencias como disfunción social u ocupacional, entre otras (Krueger RF, 2005).

De la misma manera, el modelo de diagnóstico por categorías presenta otro problema adicional como es el hecho que algunos pacientes no sean clasificables en una categoría definida. Es así como un metaanálisis, acerca del uso de la categoría diagnóstica Trastorno de la personalidad no especificado (TPNOES) del DSM, expone que el 15 al 50% de las personas que reciben el diagnóstico de TP no reúnen criterios para una categoría específica y caen dentro del TPNOES. Los instrumentos diagnósticos están diseñados teniendo en consideración a las categorías de los tipos de TP y la categoría de TPNOES se usa cuando se han descartado todas las anteriores pero el cuadro clínico del paciente manifiesta las pautas generales que definen el TP (Verheul R y Widiger TA, 2004).

El debate en torno a los TP se agudiza cuando se discute la validez del mismo como una entidad clínica. Desde la década de los 70 se han propuesto dos principios básicos para definir un cuadro clínico como una enfermedad, estos son la existencia de marcadores biológicos y una típica respuesta a un tratamiento específico (Robin y Guze, 1970). Si nos

guiamos por lo anterior, múltiples entidades psiquiátricas no lo podrían ser ya que no poseen marcadores biológicos y no tienen un tratamiento específico. Lo antes expuesto se relaciona con el estado de la investigación en el campo de la etiología de los desordenes mentales, el cual es relativamente reciente aunque abundante. Asimismo, el hecho de no disponer de marcadores biológicos no significa que no existan. Además, es usual en el área de la psiquiatría que para un gran número de enfermedades no dispongamos de tratamiento específicos. De hecho muchas enfermedades responden a una misma clase de fármacos. Igualmente, se presentan los fenómenos de refractariedad y resistencia al tratamiento en diversos desordenes mentales.

Finalmente, podría estarse de acuerdo con la propuesta del TP como una creación artificial, con la afirmación de la imposibilidad de la existencia de patrones de personalidad pero la realidad clínica nos muestra un grupo de psicopatologías vinculadas con el concepto de personalidad. Además, es los pacientes con un TP soportan una carga de enfermedad similar a la de una enfermedad somática severa (Soeteman DI et al, 2008). A su vez, como en cualquier otro desorden mental, en el campo de las manifestaciones clínicas de los TP es necesario determinar el límite entre lo normal y lo psicopatológico. Por lo anterior se hace indispensable una valoración rigurosa de los rasgos de personalidad y el grado de disfunción que causan, que es uno de los aspectos que nos permitirá calificarlo como patológico. Un diagnóstico posee una validez baja si sólo se emplea en su detección los instrumentos de autoreporte. Por ello las entrevistas clínicas estructuradas para los TP y la calidad al realizarlas es de gran importancia en el momento de establecer el diagnóstico del TP. Asimismo, los instrumentos de medición de rasgos con modelos dimensionales ayudan a perfilar el diagnostico del TP (Paris, 2005).

Epidemiología en general de los TP

Por otro lado, la investigación en área epidemiológica de los TP, indica que la prevalencia en todo el mundo, en la población no clínica o de la comunidad, fluctúa entre el 6,5% en Australia al 28% en Finlandia. Los estudios efectuados en Europa en la población general, apuntan a prevalencias en la desde el 10,1% en Gran Bretaña al 28% en Finlandia. En EEUU las prevalencias estimadas van del 9% al 15,7%.

De los primeros estudios elaborados está uno realizado en el Reino Unido, en los años 80, en una muestra tomada de la población residente en la comunidad. En el informe expusieron una prevalencia para los cualquier Trastorno de la personalidad del 13% (Casey y Tyrer 1986).

Por su parte, en los países nórdicos se han efectuado diversas investigaciones. En Oslo, Noruega, en una muestra de 2.053 adultos, a los cuales administraron la Entrevista estructurada según el DSM III R para Trastornos de la personalidad, obtuvieron una prevalencia para cualquier TP en la población general del 13,4%. Las entrevistas las desarrollaron personal entrenado con este objetivo (Torgersen S et al, 2001).

Asimismo, en Suecia en una muestra tomada de la población residente en la comunidad, valoraron la presencia de los TP con entrevistas estructuradas según criterios DSM IV y CIE 10. Los resultados publicados señalan que la prevalencia para cualquier TP según los criterios del CIE 10 es del 11% y según las pautas del DSM IV es del 11,1% (Ekslius L et al 2001)

Igualmente, en Finlandia eligieron entre la población general, una cohorte de personas nacidas en 1966 que participan en el *Northern Finland 1966 Birth Cohort Study*, al que evaluaron con la Entrevista estructurada según el DSM III R, establecieron la prevalencia para cualquier TP en el 28%. Es una cifra muy alta en comparación con la mayoría de estudios en este campo (Kanttojärvi L et al, 2004).

Por otro lado, en Gran Bretaña dentro del estudio *British National Survey of Psychiatric Morbidity*, con una muestra de 8.886 sujetos, se efectuó un primer cribaje a esta población para la detección de TP. Los sujetos con rasgos para un TP 638, se les administró la Entrevista estructurada según criterios DSM IV para trastornos del eje II (*Structured*

Clinical Interview for DSM IV Axis II-SCID II), encontraron una prevalencia en la población general para cualquier TP del 10,1% (Coid et al, 2006).

Mientras, en Australia en el estudio *Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing*, administraron como instrumento la *International Personality Disorder Examination Questionnaire-IPDEQ*-, una versión de la *IPDE* con 59 ítems y conducida por entrevistadores entrenados pero no clínicos. Los autores estimaron la prevalencia en el 6,5% para cualquier TP según criterios CIE 10. Este es de los estudios, con las menores cifras reseñadas (Lewin TJ et al, 2005).

En EEUU el primer estudio para determinar la prevalencia de los TP en población no clínica, fue el *Longitudinal Study of Personality Disorder-LSPD*, con una muestra de 2.000 estudiantes universitarios, a los que se les aplicó el autoreporte de la Entrevista Internacional para Trastornos de la Personalidad, en inglés *International Personality Disorder Examination-Screen-IPDE-S*, y posteriormente a todos los sujetos se les administró la Entrevista Internacional para los Trastornos Mentales, en inglés *International Personality Disorder Examination-IPDE*, los autores señalaron la prevalencia puntual para cualquier TP en el 11,01% (Lenzenweger et al, 1997)

Igualmente, en la ciudad de Baltimore, EEUU, con una muestra 724 adultos residentes en la comunidad, a quienes evaluaron con la Entrevista internacional para Trastornos de la personalidad (en inglés, *IPDE*), encontraron una prevalencia en la población general para cualquier TP del 9% (Samuels et al, 2002).

Por otra parte, en EEUU con la muestra de sujetos del estudio *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities* y con un instrumento de evaluación diseñado para la detección de los TP la *Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM IV version*. Los autores hallaron una prevalencia del 14,8% para cualquier TP. La cifra es elevada en comparación con lo publicado previamente. Los críticos de este estudio señalan que el instrumento empleado no se encuentra validado para su uso en la población de EEUU y las personas que lo administraron eran encuestadores profesionales pero con mínima formación en la detección de psicopatología severa. Sin embargo, los autores reconocen que los hallazgos podrían indicar que los TP son muy frecuentes en la comunidad o están sobreestimados (Grant et al 2004).

De igual manera, otro estudio que exhibe una elevada prevalencia para los TP en EEUU es uno derivado del *Children in the Community Study*. La investigación la desarrollaron con una muestra de 644 adultos, provenientes del estudio antes mencionado y residentes en Nueva York. Los autores indican que la prevalencia para cualquier TP estuvo en el 15,7%. La valoración del eje II fue realizada por clínicos expertos con la *SCID II* con criterios DSM IV. Una posible explicación es que al conformar la muestra haya existido sesgos de selección por provenir de un estudio de seguimiento en salud mental (Crawford TN et al, 2005).

Igualmente, con respecto a EEUU, los datos más recientes provienen del contexto del *National Comorbidity Survey Replication-NCS-R*. En este caso, con una muestra de 5.000 personas residentes en varios sitios del país efectuaron un cribado con el *IPDE-S*. Los sujetos con criterios positivos para cualquier TP según el *IPDE-S*, los entrevistaron clínicos con el *IPDE*. Los hallazgos revelaron una prevalencia en la población general para cualquier TP del 9% (Lenzenweger et al, 2007)

Finalmente, en una revisión con el objetivo de examinar la prevalencia para cualquier TP en la población general, obtuvieron datos de seis estudios efectuados en tres países y en los últimos 10 años. Dentro de los países incluidos figuran EEUU, Gran Bretaña y Noruega. Además en los mismos se emplearon como instrumentos diagnósticos entrevistas estructurada según criterios del DSM en las versiones DSM III R y DSM IV y la Entrevista Internacional para Trastornos de la Personalidad, las cuales estaban validadas para su uso en los respectivos países en donde se emplearon. La revisión señala que la prevalencia para cualquier TP en la población general es del 10,56% y además no hubo diferencias según el sexo. Respecto a los tipos de TP más frecuentes, llama la atención que 3 de los 4 estudios citados y realizados en EEUU, muestren a los TP del grupo B como los más frecuentes. Mientras en Noruega y Gran Bretaña y el estudio más reciente desarrollado en EEUU los tipos de TP mas frecuentes pertenecen a los grupos A y C del DSM IV.

El autor concluye que a pesar de la variación entre las metodologías y los instrumentos dispuestos en los diferentes estudios se puede afirmar que aproximadamente 1 de cada 10 personas padece de un TP. Por lo anterior los TP constituyen un problema de salud pública (Lenzenweger MF, 2008).

Perfiles de personalidad en el TB

Múltiples investigaciones han tenido como objetivo determinar si los pacientes con el diagnóstico del TB poseen o no un perfil de personalidad que los diferencie de los sujetos con otro tipo de trastornos mentales o de la población sana. Los instrumentos utilizados son diversos y vinculados a las teorías de la personalidad, usualmente más reconocidas. Asimismo, los resultados reflejan estas circunstancias.

Una de las investigaciones iniciales que intentaba encontrar un perfil de la personalidad específico para los pacientes con Trastorno Bipolar, emplea instrumentos de medición del temperamento y de la personalidad procedentes de muchos puntos de vista teóricos. Los instrumentos utilizados fueron el *Guilford-Zimmerman Temperament Survey*, el *Dependency Inventory (IDI)*, la versión corta del *Lazare-Klerman-Armor Personality Inventory (LKA)*, el *Maudsley Personality Inventory (MPI)* y el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-MMPI*. La muestra fue extraída del *Collaborative Depression Study CDS*- investigación sobre Trastornos del ánimo, con un grupo de pacientes hospitalizados y ambulatorios de 5 centros médicos universitarios y otro grupo conformado por las esposas y los familiares de los pacientes en primer grado. De este segundo grupo tomaron 30 personas con el antecedente de TB tipo I en algún momento de la vida y 974 sujetos nunca enfermos. Los resultados señalaron que los sujetos con TB tipo I en remisión tenían índices altos de neuroticismo e histerismo e índices bajos en estabilidad emocional, objetividad, resiliencia del ego y control del ego cuando se confrontaron con los resultados del grupo de personas sin enfermedad psiquiátrica (Solomon D et al, 1996).

Una de las teorías en relación con los modelos psicobiológicos de la personalidad, es la teoría formulada por Cloninger. Para este autor la personalidad es un fenómeno multidimensional. A su vez, propone siete dimensiones, cuatro corresponden al temperamento y tres al carácter. Las dimensiones del temperamento son: búsqueda de novedad, evitación al daño, dependencia de la recompensa y persistencia. Las dimensiones del carácter son: autodirección, cooperación y autotranscendencia. A partir del modelos de Cloninger se han desarrollado instrumentos que permiten analizar en forma cuantitativa la

personalidad el *Tridimensional Personality Questionnaire-TPQ* y *Temperament and Character Inventory-TCI*, (Gili P y Roca B, 2004).

Una de las investigaciones iniciales en este campo, aplicó el *TPQ* a una muestra conformada por tres grupos de sujetos, uno diagnóstico de trastorno bipolar, otro con diagnóstico de depresión unipolar y un grupo control sin enfermedad psiquiátrica. Los resultados mostraron como elementos diferenciadores lo siguiente: los pacientes bipolares y unipolares tenían puntuaciones altas en la dimensión evitación al daño, cuando se les comparaba con el grupo control. Y los pacientes bipolares obtenían puntuaciones altas en búsqueda de la novedad, cuando se les comparaba con los pacientes unipolares y con el grupo control. En el resto de dimensiones no hubo diferencias (Young LT et al, 1995).

Igualmente, otro estudio comparó un grupo de 50 pacientes con TB con un grupo control de sujetos sin enfermedad mental, administrando el *TPQ*. Los autores hallaron que las puntuaciones para las dimensiones de dependencia a la recompensa y evitación del daño eran más altas que las de los sujetos sanos. A su vez, las puntuaciones en la escala de persistencia eran más bajas en los pacientes con TB cuando se les comparó con los sujetos sanos. En las otras dimensiones no existieron diferencias (Osher et al, 1996).

Investigaciones más recientes, proponen la búsqueda de un perfil de personalidad específico como marcador de vulnerabilidad para el TB. Un estudio realizado con una muestra de 85 pacientes con TB tipo I y 85 sujetos sanos. Los pacientes con TB tipo I estaban ingresados en unidades de psiquiatría de agudos, se encontraban en fase eutímica o con síntomas subclínicos y se les valoró días antes del alta. Los instrumentos empleados para la evaluación de los pacientes con TB fueron la entrevista estructurada según criterios DSM IV (*SCID*, siglas en inglés) para escoger los pacientes que presentaran TB tipo I, la escala de Hamilton para la depresión y la escala de manía administrada por clínicos, en inglés *Clinical-Administered Rating Scale for Mania*. El grupo de sujetos sanos se valoró con la *SCID* para descartar la presencia de trastornos mentales. A ambos grupos se les administró el TCI. Los resultados mostraron que los pacientes con TB tipo I obtenían puntuaciones altas en las dimensiones de evitación al daño y autotranscendencia y puntuaciones bajas en autodirección cuando se les comparó con el grupo control. Cuando se comparó la puntuación obtenida en las diferentes dimensiones con la presencia de

sintomatología residual, se encontró que a mayor puntuación en la dimensión evitación al daño mayor sintomatología depresiva residual. A su vez, a mayor puntuación en la dimensión de autodirección menor sintomatología depresiva residual. Finalmente, las puntuaciones en la dimensión de persistencia se correlacionaron con la presencia de síntomas maníacos residuales y las obtenidas en la dimensión de autotranscendencia se asociaron a síntomas psicóticos residuales. Sin embargo, los hallazgos no permiten afirmar que este perfil sea un marcador de vulnerabilidad, solamente los estudios prospectivos y longitudinales pueden aportar información para determinar si estos marcadores de rasgos representan una vulnerabilidad al TB o representan el efecto del episodio afectivo más reciente o de la sintomatología residual (Loftus TS et al, 2008).

Por otra parte, otra de las teorías más adoptadas para el estudio del perfil de personalidad de los sujetos con TB, es la teoría del Modelo de los Cinco Factores, en esta teoría se describen cinco dimensiones de forma bipolar, cada dimensión constituye un *continuum*. Los cinco factores son extroversión-introversión, amabilidad-oposicionismo, responsabilidad-falta de responsabilidad, adaptación emocional o neuroticismo y apertura a la experiencia. A partir de este modelo se han desarrollado instrumentos como el *Neuroticism, Extraversion, Openness-Personality Inventory-NEO-PI*, una revisión del mismo el *NEO-PI-R* y el *NEO Five Factor Inventory-NEO-FFI* y el *Big Five Questionnaire-BFQ* (Gili P y Roca B, 2004; Caprara GV et al, 2001).

De igual forma, que con cuestionarios derivados de la teoría de Cloninger, los inventarios surgidos de la teoría de los Cinco factores, han sido empleados en establecer diferencias entre el perfil de personalidad entre pacientes con TB eutímicos y con Depresión Unipolar (DU) eutímicos. El informe de un estudio con 34 sujetos con TB y 70 con Depresión Unipolar, a quienes les administraron el *NEO-PI* y el *NEO PI-R*. Los resultados evidenciaron que los pacientes con TB eutímicos obtuvieron puntuaciones más altas en la dimensión de apertura –principalmente en la subescala de sentimientos- y en la subescala de emociones positivas perteneciente a la dimensión de extroversión que los sujetos con DU eutímicos (Bagby RM et al, 1996).

Por otra parte, se ha intentado establecer un perfil de personalidad premórbida en los sujetos con trastornos mentales, entre ellos el TB. Se elaboró un estudio con el objetivo de

examinar los rasgos de la personalidad premórbida en un grupo de 140 pacientes con Trastornos mentales. Los grupos diagnósticos se conformaron según criterios CIE 10, en pacientes con trastorno mental orgánico, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y trastornos neuróticos. El grupo control estuvo conformado por un grupo de 84 voluntarios sanos. Antes de administrar el *NEO-FFI* dieron instrucciones a los pacientes para que antes de responder al cuestionario pensarán en como era su personalidad previa a la enfermedad. Los autores se plantearon como hipótesis la existencia de un perfil de rasgos de la personalidad que permitiera distinguir a los pacientes según su pertenencia a los diversos grupos con los diagnósticos psiquiátricos enunciados y de la población sana. En sus hallazgos describieron que los pacientes psiquiátricos de todos los grupos tenían las puntuaciones más altas de neuroticismo y las bajas en responsabilidad en su perfil de personalidad premórbida cuando se les comparó con los controles sanos. Igualmente, cuando se comparó el perfil de rasgos de la personalidad premórbida por grupo de patologías con los controles sanos y a los grupos entre sí, los autores encontraron que no había rasgos que diferenciaron a los grupos de pacientes entre sí. A su vez, sólo los pacientes con los trastornos neuróticos eran antes más neuróticos que los controles sanos. La escala de neuroticismo sirvió como predictor de los trastornos neuróticos con una sensibilidad del 64% y especificidad del 60%. Y finalmente, respecto al grupo de los pacientes con trastornos del estado de ánimo ninguna de las subescalas del *NEO-FFI* distinguía a los pacientes con TB de los sujetos normales (Furukawa T, 1998).

Por otro lado, los investigadores diseñan estudios en los cuales aplican simultáneamente instrumentos para la evaluación del perfil de personalidad que provienen de diferentes enfoques teóricos, con el propósito de comparar los instrumentos entre sí y su capacidad para delimitar un perfil de la personalidad específico para los pacientes con TB.

Uno de estos estudios examinó el perfil de la personalidad en los cuadros clínicos de depresión en pacientes con el diagnóstico de TB tipo I o de Depresión Unipolar. Los pacientes que presentaban episodios depresivos los evaluaron con la entrevista estructurada según el DSM IV y las mediciones de la personalidad las efectuaron con el *TCI*, el *NEO-FFI* y el *PERM (Personality Measure)*. La muestra estuvo conformada por 198 pacientes: 39 depresión bipolar-con diagnóstico de TB tipo I- y 159 con depresión unipolar. Los

autores encontraron que los pacientes con TB tipo I con depresión bipolar tenían altos índices de búsqueda de novedad en comparación con los sujetos con Depresión Unipolar. Respecto al *NEO-FFI* no hallaron diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones en las diferentes dimensiones entre los dos grupos de pacientes (Parker G et al, 2004).

Igualmente, una investigación con el objetivo de valorar los rasgos del temperamento en pacientes con TB y compararlos con los rasgos del temperamento de los pacientes con Depresión unipolar (DU), con estudiantes de carreras artísticas y con voluntarios sanos. Los autores, emplearon como instrumentos los cuestionarios *The Affective Temperament Evaluations of Memphis, Pisa, Paris y San Diego (TEMPS-A)*, el *NEO-PI-R*, y el TCI. Los hallazgos señalaron que los pacientes con Trastorno Bipolar eutímicos tuvieron puntuaciones más altas en ciclotimia según el *TEMPS-A* que los pacientes con Depresión Unipolar. De igual forma, los pacientes con TB y los estudiantes de carreras artísticas alcanzaron puntuaciones más altas en la escala de apertura del *NEO-PI-R* cuando se les comparó con los pacientes con DU y con los voluntarios sanos. Y finalmente los pacientes con TB obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de autotranscendencia del *ITC* cuando se les confrontó con los sujetos con DU (Nowakowska C et al, 2005).

Determinar la conformación de un perfil de personalidad específico para los pacientes con TB, es una labor con muchas dificultades. Unas de las cuales es diferenciar adecuadamente el perfil de personalidad actual del premórbido a partir de indagaciones retrospectivas teniendo en cuenta el sesgo del recuerdo, lo anterior podría disminuirse con la información de observadores, como los familiares cercanos. Otra dificultad en los estudios que intentan comprobar la existencia de un perfil de personalidad, es como comprobar que el perfil observado es independiente de las repercusiones de una enfermedad, que tiende a manifestarse desde edades muy tempranas cuando aún se está desarrollando la personalidad. Asimismo, como distinguir el efecto del tratamiento psicofarmacológico, entre otros aspectos, en los rasgos de personalidad.

Por todo lo anterior, el diseño de estudios prospectivos, longitudinales, con mediciones del perfil de personalidad en diferentes momentos, con el empleo de instrumentos adecuados, con control de factores de confusión, entre otros, podría aportar información para la elaboración del perfil de la personalidad del paciente con TB o establecer que no existe un

perfil específico. Las ventajas potenciales de la existencia de un perfil son la posibilidad de investigar en los marcadores biológicos subyacentes y desarrollar intervenciones terapéuticas específicas para este tipo de pacientes, con el propósito de lograr una recuperación no sólo clínica sino funcional, entre otras.

Los Trastornos de la personalidad en el Trastorno Bipolar

La comorbilidad en el TB con los Trastorno de la Personalidad (TP), es un área de investigación en constante desarrollo, que presenta varios puntos de debate:

- En torno al concepto del espectro bipolar,
- Sobre la utilización de los instrumentos de autoreporte versus las entrevistas estructuradas para establecer el diagnóstico del TP,
- En cuanto a la implicación de valorar los pacientes sin criterios definidos de eutimia como los propuestos por van Gorp (puntuación en la escala de Hamilton para depresión menor de 7 y puntuación en la escala de Young para Manía por debajo de 6 durante tres meses consecutivos (van Gorp, 1998),
- Sobre la controversia que genera la alta comorbilidad publicada en muchos artículos,
- la comorbilidad tiene como consecuencias como ser un factor para el no cumplimiento del tratamiento y la misma con los TP puede estar fuertemente asociada a no cumplimiento del tratamiento (Colom F et al, 2000).

Entre las primeras investigaciones, se encuentra un estudio en Nueva York, EEUU, con una muestra de 160 pacientes con el antecedente de un episodio depresivo mayor, documentado por medio de la revisión de las historias clínicas. De este grupo, 30 pacientes reunieron criterios para el TB según el DSM III. La evaluación de los TP la realizaron psiquiatras examinando las historias clínicas, siguiendo las pautas del DSM III (patrón crónico de comportamiento desadaptativo con deterioro en el funcionamiento del sujeto). Los autores, señalan que el 23% de los pacientes con TB tenían un TP. En el resto de la muestra, en los pacientes depresivos unipolares no melancólicos fue del 61% y en los depresivos unipolares melancólicos del 14%. No encontraron diferencias estadísticamente

significativas entre la prevalencia de los TP en los sujetos con TB y con depresión unipolar melancólica (Charney DS et al, 1981). Entre las limitaciones del estudio están el ser retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas y no en valoraciones de pacientes. Con lo anterior la información de los diagnósticos tiene escasa validez.

Asimismo, en Australia, un estudio efectuado con una muestra de 16 pacientes con TB de inicio reciente, cinco o menos años de enfermedad y 10 con Trastorno Esquizoafectivo tipo bipolar. Además, los compararon con un grupo de 35 sujetos con Esquizofrenia de cinco o menos años de evolución. A estos grupos de sujetos les administraron las Entrevistas estructuradas para el eje I *SCID I* y *SCID P* para los TP ambas según criterios DSM III, el *Royal Park Multidiagnostic instrument for Psychosis-RPMIP*, el inventario de Beck para depresión, la escala *Bech-Rafaelsen Mania Scale-BRMS*, la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms-SAPS* y la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms -SANS*. La valoración de los TP las realizaron psicólogos clínicos. Los hallazgos mostraron que el 62% de los pacientes del primer grupo tenían de un TP. Los tipos de TP más frecuentes fueron el TP histriónico, el TP límite, el TP pasivo-agresivo y el TP antisocial y diez sujetos tenían más de un tipo de TP. Finalmente al comparar los dos grupos la única diferencia estadística mente significativa fue para el TP Histriónico más frecuente en el primer grupo mientras el TP Esquizotípico fue mas usual en el segundo grupo (Pica S et al, 1990). Dentro de las limitaciones del estudio están la inclusión de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo bipolar, la no especificación del estado clínico de los pacientes al momento de evaluar los TP y no emplear criterios de eutimia.

Asimismo, en EEUU, en Nueva York, se efectuó una investigación con el objetivo de evaluar la presencia de los Trastornos de personalidad en una muestra 50 pacientes con TB, pertenecientes a un programa de tratamiento a largo plazo con litio. Con este grupo de pacientes emplearon el cuestionario de autoreporte *The Personality Diagnostic Questionnaire Revised-PDQ-R*, el inventario de autoreporte para los TP según las pautas de diagnóstico del DSM III. Los datos obtenidos mostraron que el 58% de los pacientes reunían criterios para uno o más TP, un total de 71 diagnósticos de TP se realizó en este grupo de pacientes. El tipo de TP más abundante obtenido de la muestra fue el TP Límite y a continuación el TP histriónico. Los autores advierten que el cuestionario *PDQ-R* tiene alta

sensibilidad y moderada especificidad (O'Connell RA et al, 1991). La limitación de este estudio es el uso de instrumentos de autoreporte con los que no se puede establecer un diagnóstico de los TP. Además, no especifican el estado clínico de los pacientes.

Asimismo, un diseño en EEUU, Nueva York con dos objetivos: observar la respuesta al litio para hipomanía en pacientes con TB, según criterios DSM III-R y la determinar la presencia de los TP en este grupo de pacientes. El diagnóstico de TB se estableció con la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change Version* y la presencia de los TP se determinó con la administración de la Entrevista estructurada según criterios DSM III para los TP, en los pacientes y en un informante que conociera el comportamiento del mismo. Mientras, la hipomanía la valoraron con los *Research Diagnostic Criteria for hypomania*. Los instrumentos los aplicaron psiquiatras. La muestra consistió en 66 pacientes con TB en tratamiento ambulatorio. Los resultados señalaron que el 53,2% los pacientes tenían al menos un TP durante la fase hipomaniaca. Según la información de obtenida al entrevistar a los informantes, los TP se elevaron al 57,4%. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, con excepción para aquellos pacientes con rasgos pasivo-agresivos. En este grupo de pacientes, la información aportada por los familiares aumentaba la prevalencia del TP pasivo-agresivo. Los pacientes en los que remitieron los criterios de hipomania fueron 47 y la respuesta se obtuvo de 4 a 6 semanas de iniciado el tratamiento. Al evaluar a los pacientes posterior al tratamiento exitoso con litio, en 47 pacientes, el 44,7% de ellos presentaban comorbilidad con los TP y según los datos de los informantes esta era del 55,3% en los pacientes. Tampoco esta diferencia fue estadísticamente significativa. Igualmente, al comparar los grupos que respondieron al litio y los que no respondieron no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al porcentaje de TP (Penselow ED et al, 1995). Dentro de las limitaciones de este estudio están que no especifica si la muestra consistió en pacientes exclusivamente con el TB tipo I o si incluía sujetos con el TB tipo II (ya en el DSM III R se describen estos dos tipos de TB) y no establece con instrumentos de evaluación de síntomas a que corresponde un tratamiento exitoso con litio.

Por otro lado, una investigación en EEUU con la hipótesis respecto a la comorbilidad con los TP en pacientes con TB como factor de peor pronóstico y menor soporte social, analizó

23 pacientes con TB tipo I, según criterios del DSM III-R. La información se obtuvo de los pacientes y sus esposas, ya que todos eran pacientes con estado civil casado. Para evaluar el diagnóstico del TP usaron el *International Personality Disorder Examination- IPDE*, para el estado de síntomas la *Brief Psychiatry Rating Scale-BPRS* y para determinar alteraciones en el funcionamiento psicosocial usaron la *Social Adjustment Scale-Self-Report version SAS-SR* y una versión de la misma para los informantes, además de la *Global Assessment Scale-GAS*. Al examinar a los pacientes todos estaban sin sintomatología aguda. Los autores encontraron que el 22% de los pacientes tenían al menos un diagnóstico de TP y las puntuaciones en la *BPRS* eran más altas para estos pacientes. Además, los pacientes con comorbilidad con los TP tenían peor funcionamiento psicosocial y menor nivel de funcionamiento cuando se compararon con los pacientes sin TB sin comorbilidad con los TP. A vez, la información aportada por las esposas estableció que a mayor número de síntomas mayor alteración en el funcionamiento psicosocial (Carpenter D et al, 1995). En las limitaciones de esta investigación están no exponer con que instrumento llegan al diagnóstico del TB, la muestra no es representativa de los pacientes con TB por lo que no se pueden extrapolar las conclusiones al TB. Además, no específica si los pacientes estaban eutímicos y durante cuanto tiempo antes de aplicar el *IPDE*, ni el tipo de profesional que efectuó la valoración.

Asimismo, se desarrollo un estudio con 59 pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría de un hospital universitario participantes del *University of Cincinnati First Episode Psychosis and Mania Projects*. Los pacientes que conformaron la muestra reunían los criterios para el TB según el DSM III-R. La valoración de los pacientes la realizaron dos grupos de psiquiatras, un grupo aplicó la Entrevista estructurada según el DSM III-R versión para pacientes (*SCID-P*, por sus siglas en inglés) y el otro grupo la versión para el eje II (*SCID-II*, por sus siglas en inglés). Las entrevistas las llevaron a cabo cuando los pacientes estaban sin síntomas según la escala para manía de Young. Además, la muestra se dividió en dos grupos: pacientes con un primer episodio maniaco o mixto y pacientes con múltiples episodios. Los resultados mostraron que el 48% de los pacientes tenían un TP. En los pacientes con el antecedente de un solo episodio los TP estuvieron en el 33% y en los sujetos con múltiples episodios fue del 65%. Los TP eran mas frecuentes en pacientes con

múltiples episodios y los tipos más comunes fueron evitativo, paranoide, antisocial y el TP no especificado (Dunayevich E et al, 1996). Las limitaciones del estudio son que no establece criterios de eutimia, ni cuanto tiempo estaban los pacientes asintomáticos antes de evaluar el eje II, además no establece el TB según el tipo I y II (establecida desde el DSM III R).

Por otra parte, otra investigación en Estambul, Turquía, se planteó como objetivos: evaluar la comorbilidad con los TP y examinar el efecto del TP en la severidad de la enfermedad en un grupo de pacientes con TB tipo I. La muestra la constituyeron 90 pacientes ambulatorios con criterios DSM III R para TB según y 58 sujetos sin antecedentes de enfermedad mental. Los instrumentos empleados consistieron en la *SCID-I* aplicada a pacientes y sujetos sanos y la *SCID-II* según criterios del DSM III-R cuando los pacientes estaban eutímicos y al grupo de sujetos sanos. Las entrevistas las realizaron psiquiatras. Además, se obtuvo de un cuestionario de autoreporte la edad del primer episodio, el número de hospitalizaciones, de episodios de enfermedad y de intentos de suicidio. A su vez, los pacientes con TB los separaron en dos grupos: los de inicio temprano de la enfermedad, antes de los 20 años de edad y los de inicio tardío, después de los 20 años de edad. Asimismo, establecieron tres grupos de pacientes según la respuesta clínica al litio: uno con buenos respondedores al litio (no tenían cambios del estado de ánimo durante dos años de profilaxis con litio), otro con pobres respondedores (los que no mostraban cambios en la severidad o frecuencia de los episodios con la profilaxis con litio) y otro con respuesta intermedia (con menos de dos años de profilaxis con litio). En sus resultados informan que el 47,7 % de los pacientes con TB tipo I tenían al menos un TP y en el grupo control el 15,5% de los sujetos tenía al menos un TP. Los tipos de TP más representados fueron el TP obsesivo-compulsivo e histriónico seguidos del TP evitativo y del TP límite. Los pacientes con TB con TP o sin TP no tuvieron diferencias en las variables clínicas estudiadas, sólo en los intentos de suicidio que fueron más frecuentes en pacientes con TP (Üçok A et al, 1998). Las limitaciones del estudio son que no establece criterios de eutimia, no especifican a que llaman buenos respondedores ni utilizan instrumentos para valorar que es una buena o mala respuesta al litio.

De igual forma, en Adelaida, Australia realizaron una investigación con los objetivos de estimar la prevalencia de los TP y su efecto en los pacientes con TB tipo I. La muestra la conformaron 42 pacientes con TB tipo I, según el DSM IV en remisión, con un promedio de nueve años de enfermedad y viviendo en la comunidad, además procedentes de un programa de psiquiatría comunitaria. El diagnóstico del TB tipo I se valoró examinando las historias clínicas de los pacientes. Evaluaron la presencia del TP con el *IPDE* y la sintomatología con la *Brief Symptom Inventory Brief version-SCL-90* y el Índice Global de Severidad en inglés *Global Severity Index*. Además, otra fuente de información fue la revisión de las historias clínicas de los pacientes. Los hallazgos reflejaron una prevalencia del TP en la muestra del 45,2%, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres; siendo más frecuente el diagnóstico de TPL en mujeres y el de TP Antisocial en hombres. En cuanto a las diferencias clínicas entre los dos grupos de pacientes, encontraron que los pacientes con comorbilidad con los TP tenían en promedio más días de hospitalización, principalmente en los primeros años de la enfermedad y mayor índice global de severidad cuando se les comparó con los pacientes sin TP. Por entrevista y revisión de la historia clínica los pacientes con TB I y TP presentaron mayor discapacidad en las actividades de la vida diaria, menor tiempo de eutimia entre los episodios de enfermedad, menor satisfacción con la medicación que los pacientes sin TP (Barbato N y Hafner J, 1998). En las limitaciones del estudio están no determinar a que denominan remisión (ni en tiempo ni por medio de instrumentos clínicos), el diagnóstico del TB lo establecen según la información de la historia clínica (lo que tiene la debilidad de no saber que criterios se usaron para establecer la enfermedad) y no especifican que tipo de profesionales evaluaron el eje II.

De igual forma, en Los Angeles, EU, se desarrollo un estudio con el objetivo principal de establecer la prevalencia de los TP en pacientes con TB tipo I eutimicos. Además, examinar la prevalencia de los trastornos por uso de alcohol en pacientes con TB con o sin TP y por último investigar si los resultados al evaluar los TP con el cuestionario de autoreporte *Personality Diagnostic Questionnaire-Revised PDQ-R*, podrían superponerse a los de valorar los TP con la Entrevista clínica estructurada según el DSM III-R, *SCID II*. La muestra la conformaron con 61 pacientes ambulatorios con TB tipo I según el DSM IV, diagnosticados con después de una entrevista clínica y de la revisión de sus historias

clínicas. Los pacientes que completaron el *PDQ-R* fueron 61 y los se entrevistaron con la *SCID II* fueron 52. El 96% de los sujetos eran hombres, ya que el estudio se realizó en el Hospital de Veteranos de la Guerra. Y el 52% reunían criterios para los trastornos por uso o dependencia al alcohol. A su vez, el estado de eutimia se determinó con las escalas de Young para Manía con puntuaciones por debajo de 6 y el inventario de Depresión de Beck, *BDI* con puntuaciones por debajo de 10, después de tres meses con estas puntuaciones se aplicó el cuestionario de autoreporte y la entrevista para los TP. El entrevistador tuvo un entrenamiento profundo en la administración de entrevistas estructuradas. Los resultados señalan que la prevalencia de los TP es 38% en los pacientes con TB tipo I eutímicos. Esta prevalencia se incrementa al 52% en los pacientes con TB y comorbilidad con los Trastornos por abuso o dependencia al alcohol, mientras en los sujetos sin esta comorbilidad es del 24%, esta diferencia fue estadísticamente significativa. En los tipos de TP más usuales estuvieron los del grupo C, seguidos del grupo A. Los autores al comparar las prevalencias de los TP usando el *PDQ-R* fue del 62%, mientras con la *SCID II* fue del 38%. Además, el *PDQ-R* sobre-diagnostica más los TP del grupo A (45% versus 18% con la *SCID II*) y B (43% versus 13% con la *SCID II*), mientras la diferencia en los TP del grupo C fue menor (33% versus 22% con la *SCID II*). Por último concluyen que los cuestionarios de autoreporte tienden a sobre-diagnosticar los TP (Kay JH et al, 1999).

Por otra parte, en Cincinnati, en EEUU, se desarrolló uno de los estudios que incluía un período de seguimiento. El propósito del estudio era medir el impacto de la comorbilidad con TP en pacientes con TB en los niveles de recuperación posterior a un ingreso hospitalario. La muestra la constituyeron 59 pacientes con diagnóstico de TB según criterios del DSM III R participantes del *University of Cincinnati First Episode Psychosis and Mania Projects*, 42 pacientes completaron los 12 meses de seguimiento. Las valoraciones de los pacientes las realizaron dos grupos de psiquiatras: un grupo administró la Entrevista estructurada para pacientes del eje I según criterios del DSM III R (*SCID-P*) y el otro grupo la Entrevista estructurada para el eje II según criterios de DSM III R (*SCID II*), días antes del alta. El grupo de pacientes fue revalorado a los 2, 6 y 12 meses posteriores al alta con la *SCID II*, la escala para Mania de Young, la escala de Hamilton para depresión y la mejoría o empeoramiento del grado de funcionamiento se determinó con la metodología del

Longitudinal Interval Follow-up Evaluation, LIFE-Keller1987. Los resultados mostraron que el 48% de los pacientes tenían un TP, los tipos más frecuentes fueron TP evitativo, seguido del TP pasivo-agresivo y del TP obsesivo-compulsivo. Los pacientes con comorbilidad con TP y sin adherencia al tratamiento tenían una recuperación incompleta del síndrome maniaco o mixto y mayor sintomatología residual cuando se les comparó con los pacientes sin TP. Además, el porcentaje de pacientes que logró la recuperación funcional en el grupo de pacientes con TB y comorbilidad con TP fue del 8% y la diferencia fue estadísticamente significativamente del porcentaje de pacientes con TB y sin TP que la consiguieron. Sin embargo, llama la atención que de los sujetos sin comorbilidad con TP sólo se recuperaron funcionalmente el 31% (Dunayevich E et al, 2000). Dentro de las limitaciones del estudio es no establecer criterios de eutimia, no especifican a pesar del uso de escalas de síntomas a que denominan recuperación incompleta, ni si la muestra incluía pacientes con TB tipo I y II (diferencia que ya se estableció en el DSM III R).

A su vez, en Italia diseñaron un estudio para comparar la prevalencia del TP en pacientes con TB y en pacientes con Trastorno depresivo mayor (TDM) ingresados por un episodio depresivo mayor. El grupo de pacientes estaba conformado por 117 con diagnóstico de TDM y 71 con diagnóstico de TB. Los instrumentos fueron la *SCID-P* y *SCID-II* según criterios DSM III R para eje I y II por ser las versiones validadas para su uso en Italia y el *SCID-II-PQ* -un cuestionario de autoreporte con 113 ítems que se responden si/no diseñado para TP según DSM III R- administrado antes de la entrevista clínica y en la misma sólo se evaluó los ítems que los pacientes habían señalado con una respuesta afirmativa aunque profundizando en el perfil con mayores respuestas. Las entrevistas se realizaron dos días después de obtener en la escala de Hamilton para depresión una puntuación de 10 o menor de 10, por residentes en psiquiatría entrenados en el manejo de la *SCID II* y el *SCID-II-PQ*. Los resultados señalaron que el 41,9% de los pacientes con TB y el 63,2% con TDM tenían al menos un TP, a pesar de la diferencia en los porcentajes esta no fue estadísticamente significativa. Los pacientes con TB mostraron mayor frecuencia de TP Obsesivo-compulsivo, seguido de TPL y TP evitativo mientras aquellos con TDM tuvieron mayor frecuencia de TP Evitativo, seguido de TPL y de TPOC (Rossi A et al, 2001). Las limitaciones del estudio es que no hay un período de eutimia antes de evaluar el

eje II y al hacerlo la entrevista sólo explora de forma estructurada los ítems positivos en el autoreporte, por lo que queda la posibilidad de no contar con los aspectos de la personalidad para los que la introspección del paciente es nula. Además, no aclaran si la muestra incluía pacientes con TB tipo I y II (diferencia que ya se estableció en el DSM III R).

Asimismo, en España, en Barcelona se realizó un estudio con el objetivo de examinar las implicaciones clínicas de la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en pacientes con TB tipo I. La muestra la conformaron 129 pacientes con TB tipo I, eutímicos (con puntuaciones en la escala de Young para manía menor a 7 y en la escala de Hamilton para depresión menor de 9). Los instrumentos usados fueron la Entrevista estructurada según el DSM III R para el eje I, para confirmar el diagnóstico del TB tipo I y la Entrevista estructurada para el eje II según criterios DSM III R para determinar la presencia de los TP. Igualmente a todos los pacientes se les evaluó, por dos entrevistadores independientes, con la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia lifetime version-SADS-L*, para la detección de otros trastornos mentales. Los entrevistadores fueron entrenados en el uso de los instrumentos y las entrevistas se efectuaron tras un período de seis meses sin ningún episodio agudo. Los datos respecto al número y la polaridad de los episodios previos, el número de hospitalizaciones, la edad de inicio, la polaridad del primer episodio, la adherencia al tratamiento y los antecedentes de síntomas psicóticos y de comportamiento suicida se obtuvieron por medio de entrevistas a los pacientes y sus familiares. Los hallazgos indicaron que la comorbilidad con los TP fue del 31,78%. El tipo de TP más usual fue el TP histriónico seguido por el TPL, TPOC, TP esquizotípico y TP paranoide. Y finalmente compararon los grupos con y sin comorbilidad en general, no exclusivamente con TP. Los autores, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables clínicas del curso de la enfermedad entre los dos grupos. Sin embargo, si hubo diferencias estadísticamente significativas en: el número de episodios depresivos y mixtos, que fue mayor en los pacientes con comorbilidad. De igual forma, en el primer episodio usualmente fue de tipo depresivo en los pacientes con comorbilidad mientras que en los pacientes sin comorbilidad fue de tipo maniaco. Igualmente, un número mayor de intentos de suicidio en los pacientes con comorbilidad. No examinaron las diferencias entre los

pacientes con comorbilidad con TP y los pacientes sin comorbilidad (Vieta E et al, 2001). La limitación del estudio es que no establecieron comparaciones entre los pacientes con TB y comorbilidad con los TP. Todas las conclusiones sólo se pueden aplicar a la comorbilidad en general en el TB y la comorbilidad con los TP pueden tener o no implicaciones diferentes.

Siguiendo, con el tema del TP y el curso del TB, en EEUU llevaron a cabo un estudio con el propósito de investigar la presencia de comorbilidad con TP en el TB y su impacto en el curso de la enfermedad. La muestra la conformaron 52 sujetos, 50 de sexo masculino y 2 mujeres, con diagnóstico de TB tipo I según criterios DSM IV. Posterior a un período de tres meses de eutimia según la puntuación en la escala de Beck para depresión (menor de 10) y de Young para Mania (menor de 6), se les evaluó con la *SCID II* según criterios del DSM III R, para establecer el diagnóstico del TP. Las entrevistas las realizó un entrevistador entrenado para el uso de la *SCID II*. Por otra parte para evaluar el funcionamiento se usó la escala de funcionamiento global, en inglés *Global Assessment of Functioning Scale*. El curso clínico del paciente se evaluó revisando las historias clínicas de los mismos, para determinar el número de episodios, el de hospitalizaciones y el de intentos de suicidio, la edad de inicio de la enfermedad y la medicación empleada en el tratamiento. Los autores, encontraron que el 38% de los pacientes reunían criterios para al menos un TP, siendo los más frecuentes los del grupo C y B. Controlando el efecto de la comorbilidad con el trastorno por uso de alcohol (que presentaban el 38%) mostraron que los pacientes con TP tenían mayor índice de uso de medicamentos y mayor tasa de desempleo (esto mediado parcialmente por el Trastorno por uso de sustancias) pero en el resto de variables clínicas no encontraron diferencias estadísticamente significativas (Kay JH et al, 2002). Dentro de las limitaciones del estudio están que en la muestra predomina el sexo masculino, por lo que no es representativa de los pacientes con el TB, además, es una muestra de pacientes con alta comorbilidad con los trastornos por uso del alcohol.

Por otro lado, en Inglaterra, en grupo de 193 pacientes atendidos por un equipo de salud mental comunitaria en el sur de Londres, se efectuó una investigación para establecer los diagnósticos y tipos de comorbilidad más frecuentes. Los pacientes fueron valorados con *The Standardised Assessment of Personality* para evaluar la presencia de trastornos de la

personalidad según criterios CIE 10, esta es una entrevista semiestructurada y requiere de un informante que conozca al sujeto. Además, se les administró la *Operational Criteria Checklist* para evaluarla presencia de trastornos psicóticos y trastornos afectivos según criterios CIE 10. Los entrevistadores fueron personal no médico entrenado para el uso de instrumentos. Un total de 166 sujetos fueron evaluados con los dos instrumentos, los 27 restantes no aceptaron ser evaluados. Los TP se detectaron en el 52% de los pacientes independiente de su diagnóstico principal. Entre la prevalencia de los TP en pacientes con Esquizofrenia y en los sujetos con TB no hubo diferencias estadísticamente significativas. La presencia de trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos bipolares fue del 63%. Los subtipos mas frecuentemente encontrados fueron Disocial, Impulsivo, Limite, Anascástico y Dependiente cada uno con un 19%, lo que significa que un paciente pudo tener mas de un subtipo de TP (Keown P et al, 2002). Las limitaciones del presente estudio son el uso de instrumentos para evaluar tanto los trastornos del eje I y eje II que no son ampliamente usados, los entrevistadores no fueron clínicos o personal con experiencia en la detección de los trastornos de la personalidad.

De igual forma, en Ontario, Canadá, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar el impacto de los síntomas de los TP según el DSM IV en la evolución clínica del TB a lo largo del tiempo. La muestra de consistió en 87 pacientes en tratamiento ambulatorio para el TB tipo I o del tipo II; los evaluaron con la *SCID-I*, la escala de Hamilton para depresión, la escala para Mania de Young y la *SCID-Q* (sólo aplicaron el autoreporte) según criterios del DSM IV para ver síntomas de TP. El curso de la enfermedad fue documentado usando una técnica modificada del gráfico de vida basada en la desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Mental de EU (*NIMH, siglas en inglés*), estas técnicas consisten en representaciones gráficas del curso de la enfermedad. Los 87 pacientes continuaron en seguimiento durante un promedio de 12 meses. Según el tipo de síntomas que presentaron los pacientes los dividieron en tres grupos: los eutimicos, los subsíndromicos y los síndromicos (con episodios de manía, hipomanía o depresión). Los resultados mostraron que los pacientes eutimicos respecto a los otros dos grupos de pacientes tenían bajas puntuaciones en síntomas correspondientes al TP Evitativo, TP Paranoide, TP Esquizotípico, TP Esquizoide y TP Límite. Los eutimicos respecto al grupo

de síndromicos tenían menores puntuaciones en obsesivo-compulsivo y narcisista. Los subsíndromicos y los síndromicos no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, describieron que los síntomas de personalidad propios de los TP del grupo A del DSM IV servían para predecir si los pacientes estaban subsíndromicos o síndromicos, con un promedio de acierto del 82%. En conclusión los pacientes con más síntomas del eje II estaban menos tiempo eutímicos durante el periodo de seguimiento (Bieling P, 2003). Las limitaciones de este estudio son que no establece diagnóstico de TP sino nivel de síntomas por lo que las conclusiones no se pueden extrapolar a la comorbilidad del TB con el TP y no definen a que llaman eutímicos, subsíndromicos o síndromicos por medio de instrumentos de medición de síntomas.

Por otra parte, en Alemania realizaron un estudio con una muestra de pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico de junio de 1999 a abril de 2001. A todos los pacientes que ingresaban les valoraban con las escalas *Cornell Dysthymia RatingScale- CDRS* para la detección de síntomas depresivos y la *Bech-Rafaelsen Mania Scale-BR-MAS* para la detección de síntomas maniacos. Además, se les valoró con la Entrevista estructurada según el DSM IV tanto para el eje I como para el II versión en alemán. La *SCID II* y el *NEO-FFI* fueron administrados cuando los pacientes estaban asintomáticos antes del alta hospitalaria. Para el estudio escogieron a los pacientes con Depresión Unipolar (DUP) y con TB tipo I. A final obtuvieron una muestra de 60 pacientes con TB tipo I y 117 con DUP. Los autores encontraron que el 51% de los pacientes con DUP (depresión unipolar) y el 38% de los pacientes con TB tenían comorbilidad con TP. Además, el tipo de TP más frecuente en los pacientes con TB fue TP Obsesivo-compulsivo, TP Narcisista y TP Límite. Por otro lado todos los pacientes (tanto con el TB como con la DUP) con los TP del grupo A, B y C tenían alta puntuación en la escala de neuroticismo. Mientras los sujetos con los TP del grupo C tenían baja puntuación en la escala de extroversión y los del grupo B y C baja puntuación en la escala de afabilidad (Brieger P et al, 2003). Las limitaciones del estudio son no establecer criterios de eutimia, no definir el nivel de síntomas al evaluar el eje II con instrumentos como las escalas para los síntomas y llevarlo a cabo días antes del alta (sin un claro período de eutimia).

Por otro lado, en EEUU llevaron a cabo un estudio con el objetivo de examinar la prevalencia, frecuencia de tipos y correlatos clínicos de los TP en pacientes con TB según criterios del DSMIII-R. Una de las hipótesis más interesantes establecidas en la investigación fue que se puede predecir que los niveles de patología en el eje II se correlacionan con el nivel de síntomas residuales. La muestra consistió en 52 pacientes con TB tipo I según valoración con la Entrevista estructurada del DSM III R y la remisión de los síntomas afectivos y psicóticos con la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change version-SADS-C*. Examinaron a los pacientes en estado de remisión empleando el *IPDE* y cuando los pacientes tenían remisión clínica según la *SADS-C* con tres o menos ítems en las escalas de estado de ánimo y psicosis durante tres meses. A pesar de lo anterior se podía posponer la aplicación del *IPDE* si el paciente experimentaba síntomas relacionados con el estado de ánimo de moderados a severos. Los autores concluyeron que el 28,8% tenían al menos un TP. Los tipos de TP más frecuentes fueron el TP Histriónico y el TP Obsesivo-compulsivo. Además, expusieron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con o sin TP en cuanto a las variables clínicas como número de hospitalizaciones, de episodios de enfermedad ni en la edad de inicio de la enfermedad. Aunque la evaluación de los pacientes se realizó con la remisión de los síntomas, los pacientes con comorbilidad con TP tenían más síntomas depresivos y maníacos en los días previos a la misma (George E et al, 2003). Dentro de las limitaciones del estudio es que a pesar de definir remisión, no definen cuáles son los síntomas residuales ni establecen criterios de eutimia antes de evaluar el eje II.

Igualmente, en Padova, Italia en un estudio evaluaron la presencia de los tipos de TP según el DSM IV en 247 pacientes con Depresión Unipolar y 53 con TB tipo I y II. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la *SCID-P* según el DSM IV para el eje I, *SCID-II-Q* (autoreporte) y la *SCID-II* y efectuadas por psiquiatras. La prevalencia de los TP en toda la muestra fue del 64,7%, al discriminar según el diagnóstico en los sujetos con el TB la prevalencia de TP fue del 73,6% y en el DUP del 62,8%. Los autores encontraron que los tipos de personalidad más comunes en los pacientes con TB fue TP Límite, TP Narcisista, TP Dependiente y TP Histriónico, mientras en los pacientes con DUP fueron el TPL, TPD y TPOC. En cuanto al análisis de las diferencias de distribución de los tipos los

TP del grupo C fueron más frecuentes en la DUP y los del grupo B en los sujetos con TB (Schiavone P et al, 2004). Entre las limitaciones del estudio son no establecer criterios de eutimia antes de evaluar el eje II, aplicar las preguntas de la entrevista estructurada sólo a las respuestas que el sujeto marcó como verdaderas en el inventario de autoreporte y no discriminar los pacientes según el tipo de TB I o II.

Asimismo, en EEUU, han llevado a cabo investigaciones con el propósito de establecer el impacto del TP en los pacientes con TB, en el curso de la enfermedad, principalmente relación con el suicidio. Esta investigación la desarrollaron en 73 sujetos con TB I y 27 sujetos con TB II, según criterios DSM IV. El diagnóstico lo evaluaron con la *SCID I* según criterios DSM IV y la valoración de la presencia de los TP con la *SCID II*, las entrevistas las centraron principalmente en la búsqueda de sintomatología propia los TP del grupo B del DSM IV y los sujetos debían estar sin sintomatología maniaca, según la escala de Young para Mania y sin sintomatología depresiva, según la escala de Hamilton para depresión, sin embargo no especificaron cuanto tiempo estaban asintomáticos antes de la valoración del TP. A su vez, indagaron los antecedentes de abuso sexual, trauma en la infancia, con la *Childhood Trauma Questionnaire-CTQ*, un instrumento de autoreporte y los intentos de suicidio con la adaptación del modulo de historia de suicidio de la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*. Los autores hallaron que el 30% de los pacientes presentaban un TP del grupo B, el tipo más frecuente TP Límite seguidos del TP Narcisista. No se establecieron diferencias en la prevalencia de los TP según el tipo de TB del paciente, I o TB II El antecedente de abuso sexual en la infancia no se asoció con sintomatología afectiva. Respecto al antecedente de trauma en la infancia, los pacientes con TB y TP del grupo B tuvieron mayor puntuación en la escala *CTQ* con una diferencia estadísticamente significativa. En cuanto al antecedente de abuso sexual o abandono del cuidado físico no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con o sin TP comorbido. Mientras, los intentos de suicidio sí se relacionaron con la presencia de un TP Límite y a su vez los intentos de suicidio se correlacionaron con el antecedente de abuso sexual en la infancia (Garno JL et al, 2005). Las limitaciones del estudio son no establecer criterios de eutimia en el tiempo, por lo que la evaluación del eje II puede ser imprecisa y además, centran la entrevista en buscar sintomatología propia de los trastornos

del grupo B. Además, no discriminan datos de prevalencia de TP según el diagnóstico de TB I o TB II.

Por otra parte, en Finlandia realizaron un estudio para establecer la comorbilidad en el Trastorno Bipolar. Los autores indagaron en un registro de pacientes: *The National Hospital Discharge Register in Finland*, que obtiene información de todos los hospitales públicos y privados del país. En el registro se usan los códigos del CIE 10. La muestra la conformaron con los datos de las altas hospitalarias de los pacientes con diagnóstico de episodio maniaco, del TB (aquí incluyeron el equivalente del tipo I y del II del DSM IV) y de otros Trastornos del humor durante el año 1998. Los registros correspondieron a 733 pacientes varones y 852 pacientes mujeres. La comorbilidad en general estuvo presente en el 21% de los pacientes y los TP en el 6% los pacientes con Trastorno Bipolar, fue la comorbilidad más frecuente después de los trastornos por abuso de sustancias (Sorvaniemi M y Hintikka J, 2005). Dentro de las limitaciones del estudio esta que los datos son obtenidos de un registro por lo que es imposible establecer si los sujetos presentaban un TB, aunque aclaren que utilizan la codificación del CIE 10, es imposible con certeza avalar que criterios aplicaron los clínicos que es su momento al evaluar los pacientes y lo mismo se puede extrapolar al diagnóstico de los TP.

Igualmente, en EEUU efectuaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia, los correlatos clínicos y la comorbilidad en 12 meses en el TB tipo I, en una muestra representativa de la población nacional, con una N de 43.093, en esta población el 2% de los sujetos tenían el TB en 12 meses, es decir, en 861 y en algún momento de la vida estuvo presente el TB en 1442 sujetos. Los datos que usaron provenían del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related conditions del 2001-2002*. Las entrevistas fueron cara a cara por encuestadores entrenados (no personal médico), usando la *Alcohol use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule- DSM IV version (AUDADIS-IV)*, que evalúa trastornos del eje I y 7 de los 10 TP del DSM IV, entrevista no validada para su uso en EEUU. Los autores encontraron que el 70,8% de los pacientes con TB tipo I, tenían criterios para cualquier TP en 12 meses. Los tipos de TP más usuales fueron TP Obsesivo-compulsivo, el TP Pasivo-agresivo y TP Evitativo. Además, establecieron que la prevalencia para cualquier TP a lo largo de la vida en personas con TB tipo I era del 64,7%

(Grant BF et al, 2005). Las limitaciones del estudio son el uso de un instrumento de evaluación para el TB y los TP no validado para su uso en EU ni en ningún otro país sino diseñado para la investigación, por lo que la validez de los diagnósticos es escasa y además, el personal que administró los instrumentos eran encuestadores no personal con experiencia clínica en la detección de los trastornos mentales, no hay información el estado clínico de los pacientes con TB cuando se les evaluó para los TP.

De igual manera, otra investigación en Helsinki, Finlandia, con el objetivo de determinar la comorbilidad con los TP, en tres grupos de pacientes: uno con TB I, otro con TB II y el último con TDM. La muestra de pacientes procede de dos cohortes, una del *Jorvi Bipolar Study* en TB y otra del *Vantaa Depression Study*. Los instrumentos empleados fueron el *World Health Organization Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) version 2.0* en el grupo con TDM y la *SCID I research version with psychotic screen (SCID –IP)* en el grupo con TB. Asimismo, la *SCID II* para la detección de los TP en ambos grupos. Todas las entrevistas las realizaron psiquiatras. Al final conformaron un grupo de 191 pacientes con TB (tanto tipo I y II) y 269 TDM, los pacientes estaban en un episodio de depresión en el TDM, o un episodio de manía, hipomanía, depresión o mixto en el TB. Los pacientes con TB tipo I tuvieron comorbilidad con TP en el 42,2% y en el TB tipo II fue del 43,6%. Con respecto a la comorbilidad con los TP en el episodio maniaco fue del 20% menor y con predominio del tipo TPL. Mientras en los episodios depresivos y mixtos el tipo de TPL no cambio. En el TB tipo I los tipos más usuales fueron el TP Límite, seguidos de TP Obsesivo-compulsivo y el TP Paranoide y en el TB tipo II fueron el TP Límite, el TP evitativo y el TP obsesivo-compulsivo. Mientras en el TDM fue el TP Evitativo seguido de los TPP y del TP Esquizoide (Mantere O et al, 2006). Las limitaciones del estudio es que al valorar los pacientes con sintomatología activa la validez y confiabilidad del diagnóstico del TP se reduce ostensiblemente, por diversas razones una la capacidad del paciente para contestar a la entrevista otra el nivel de introspección que puede estar ausente o debilitado por el episodio en el que este y finalmente al entrevistador lo puede sesgar el estado clínico del paciente, no logrando diferenciar entre rasgo o estado. Un estudio en EEUU, New York con el propósito de evaluar la comorbilidad con TP y otros factores clínicos como predictores de mal funcionamiento en el TB tipo I. La muestra

consistió en 51 pacientes con diagnóstico de TB tipo I según criterios DSM IV (4 ingresados y 47 en tratamiento ambulatorio). Los instrumentos empleados fueron la *SCID I* según criterios DSM IV para el eje I, la escala de Hamilton para depresión, la escala para Mania administrada por clínicos de Altman y la *SCID II* para el eje II. Además, la *SCID II* la administraron en dos momentos cuando los pacientes estaban sintomáticos con una puntuación en la Hamilton mayor de 17 y en la de Mania mayor de 15 y al año del alta hospitalaria. El funcionamiento lo valoraron con la escala *Multidimensional Scale for Independent Functioning*, que evalúa empleo, estudios y lugar de residencia y el funcionamiento social con la subescala de actividad social y de tiempo libre de la *Social Adjustment Scale II*. Los autores encontraron que el 45% de los pacientes reunía criterios para al menos un TP. Los tipos de TP más comunes fueron el TPL, seguidos de TP evitativo y del TPA. Los pacientes con TB y TP sólo difirieron clínicamente de los sujetos con TB sin TP en los altos niveles de síntomas residuales. En cuanto a la presencia de los rasgos desadaptativos de los TP son: pobre funcionamiento laboral, con deterioro en relación con el aspecto de residencial, deterioro en el funcionamiento social. Sin embargo, el deterioro social y residencial se asoció a síntomas depresivos residuales (Loftus ST y Jaeger J, 2006). Las limitaciones del estudio es que no aclara si los pacientes al evaluarlos al año estaban eutímicos y por cuanto tiempo, asimismo no especifica si los factores de funcionamiento se relacionan con el nivel socioeconómico de los pacientes (nivel social, ingresos).

De igual forma, en Alemania, como parte del *Halle Bipolarity Longitudinal Study-HABILOS*, realizaron un estudio con el objetivo de medir el impacto de los rasgos de personalidad y el temperamento en la expresión y curso del TB. Los autores manejan la hipótesis que los episodios mixtos son una mezcla entre rasgos del temperamento y el síndrome maniaco. Los desarrollaron en los pacientes con el diagnóstico del TB tipo I según criterios DSM IV y con el antecedente de ingreso en una unidad de psiquiatría entre los años 1993 al 2000. A los 4,8 años de iniciado el *HABILOS*, reevaluaron a 135 pacientes con el TB en remisión. Los instrumentos empleados fueron la versión en alemán de la entrevista estructurada según criterios del DSM IV, la *SKID-I-1997*, el cuestionario de autoreporte para síntomas depresivo del inventario de Beck- *Beck Depression Inventory*

BDI-1961-, la escala de observación de síntomas depresivos de Cornell –*Cornell Dysthymia Rating Scale CDRS-1993*-, la versión en alemán del inventario de autoreporte para mania el *-Self Report Manic Inventory-1992*-, la escala de Young para Mania-*Young Mania Rating Scale-1978*, para valorar el temperamento la versión en alemán del autoreporte de la *TEMPS-A*, para rasgos de la personalidad la versión en alemán del *NEO FFI* y para los TP la entrevista estructurada según criterios DSM IV versión germana –*SKID-II 1997*-. Las entrevistas se llevaron a cabo cara a cara, por personal con nivel de doctorado. Además, el antecedente de episodios mixtos se estableció según la información de la historia clínica y de los familiares. Los resultados mostraron que el 36% de los pacientes tenía el antecedente de episodios mixtos pero no difirieron en la mayoría de las variables clínicas sólo en los altos niveles de síntomas depresivos de los pacientes sin el precedente de episodios mixtos. Asimismo, los pacientes con el antecedente de episodios mixtos tuvieron puntuaciones más altas en el temperamento ciclotímico, irritable, ansioso y depresivo que los pacientes sin antecedente de episodios mixtos. Igualmente, los pacientes con episodios mixtos obtuvieron en el *NEO FFI* puntuaciones mayores en la escala de neuroticismo cuando se les comparo con los sujetos sin episodios mixtos, en el resto de escalas no hubo diferencias estadísticamente significativas. La presencia de comorbilidad con TP en pacientes con TB I y el antecedente de episodios mixtos fue el doble que en pacientes sin episodios mixtos, 37% versus 19%, con una *p* menor de 0,05 con predominio de los TP del grupo C, mientras que la frecuencia de los TP del grupo A y del B no difirieron entre los sujetos con o sin el antecedente de episodios mixtos (Röttig D et al, 2007). Entra las limitaciones de este estudio están no establecer los criterios de eutimia al evaluar el eje II, ni al aplicar los otros instrumentos ni definir a que denominan remisión, si en el tiempo o en el nivel de síntomas o con cuales instrumentos clínicos.

Conclusiones y aspectos controvertidos.

1º.-Según los estudios realizados la prevalencia de los TP en los pacientes con TB, es muy variable va desde el 6% al 70,8%. Aún, acotando los datos con respecto a las

investigaciones en el TB tipo I en pacientes asintomáticos pero sin los criterios de eutimia de Van Gorp, los datos oscilan entre el 22% al 58%. Igualmente, en los estudios con pacientes sintomáticos los porcentajes fluctúan entre el 36% al 53,3%. Por otro lado, sólo hay un estudio en pacientes con TB tipo I, con criterios de eutimia según van Gorp incluso no sólo de tres meses sino hasta 6 meses, que señala una prevalencia de los TP del 31,78%. De igual, forma sólo hay un estudio que expone la cifra de 43,6% de TP en el grupo de pacientes con TB tipo II, distinguiéndola de la señalada para el TB tipo I.

2°.-Por otra parte, la dispersión en los datos puede relacionarse con varios factores:

- los instrumentos empleados para identificar a los pacientes con TB,
- la inclusión o no en la muestra incluye de sujetos con TB I, II u otro tipo de TB,
- los instrumentos para valorar la presencia del TP (cuestionarios de autoreporte versus entrevistas estructuradas),
- el tipo de personal que efectúa las valoraciones de los pacientes (encuestadores profesionales versus psiquiatras o clínicos con experiencia en los instrumentos y en los diagnósticos),
- el tamaño de la muestra de la investigación,
- el período clínico escogido para evaluar los pacientes (eutimicos con criterios por mediciones con instrumentos o asintomáticos, en remisión o sintomáticos sin aclarar que representa cada termino empleado),
- si los pacientes escogidos son representativos o no de los sujetos con TB , entre otros factores,

Asimismo, la variabilidad en los resultados de los estudios aumenta cuando se intentar identificar los subtipos más frecuentes, en este punto prácticamente no hay dos estudios con resultados similares.

3°.-En general la comorbilidad con los TP ha sido asociada a:

- un curso negativo de la enfermedad,
- poco soporte social,
- mas días de hospitalización,
- menor nivel de recuperación de los síntomas,
- mayor gravedad de los mismos y

-mayor ideación suicida e intentos suicidas (Valtonen H et al, 2005, Bajaj P y Tyrer P, 2005).

Sin embargo, al examinar el impacto de la comorbilidad con TP en el TB, los hallazgos varían tanto de si se esta evaluando el nivel de funcionamiento o el curso clínico de pacientes. Así, encontramos estudios que muestran que no hay diferencias en el curso clínico de los pacientes con TB si tienen un TP y otros que señalan que se asocia a sintomatología residual, suicidio, pobre respuesta al tratamiento.

Respecto al nivel de funcionamiento, este dependerá del instrumento que se utilice para evaluarlo y los resultados son también cambiantes.

4°.-Además, a los resultados de las investigaciones se le suman los aspectos controvertidos en relación con el concepto del TP y el modelo de categorías o dimensional que se utilice para evaluarlo. En el caso de los TP en sujetos con el antecedente de otro trastorno mental, es necesario aclarar si los síntomas observados corresponden a un rasgo de personalidad o son parte de un estado clínico. Lo anterior no es fácil debido a que la mayoría de categorías de los TP consideran a síntomas y rasgos con el mismo peso al momento de establecer el diagnóstico del TP.

Un ejemplo de lo anterior es el debate en torno al TP Límite y el espectro bipolar. Desde hace 20 años algunos autores proponen que los síntomas afectivos de muchas pacientes con TPL representaban un sustrato temperamental desde el cual surgen los otros hallazgos propios del TPL, incluso llegan a afirmar que el diagnóstico mas apropiado para estas pacientes sería un trastorno del estado de ánimo que caería dentro del espectro del TB (Akiskal 1985, 1981 y 2003; Hirschfeld 1983).

Asimismo, muchos pacientes con TPL presentan periodos de inquietud, tensión e irritabilidad manifestados por explosiones de enfado o enojo (Coid, 1993). Esta sintomatología y los comportamientos que puede desencadenar como actos de autolesionarse y arranques de enfado pueden tener una raíz fundamental como la regulación del estado de ánimo en forma patológica (Akiskal y Hauntouche, 2003).

Sin embargo otros autores, exponen lo anterior desde otra visión, primero enuncian que los criterios del DSM IV para TPL tienden a ser una mezcla de rasgos, síntomas y comportamientos que se cruzan con otros dominios, particularmente los síntomas que

tienen que ver con el estado de ánimo. Por lo anterior proponen al menos cinco explicaciones de lo que podría estar pasando en el caso de la comorbilidad entre TB y TPL:

- ambos trastornos son comunes y esto hace que exista posibilidad que ocurran juntos;
- las consecuencias psicosociales del TB pueden llevar a desarrollar rasgos propios del TPL;
- la psicopatología del TPL puede ser primaria y predisponer el desarrollo del TB;
- los criterios diagnósticos del TPL son esencialmente síntomas afectivos;
- El TB y el TPL pueden tener factores etiológicos comunes de origen genético y/o medioambiental (Smith, 2004).

5.-Finalmente, se hace necesario estudios prospectivos, en pacientes con TB I, en eutimia según los criterios de van Gorp, valorados con entrevistas estructuradas para el TB y los TP, efectuadas por clínicos con experiencia en la detección de los TP y establecer si hay o no diferencias en el curso clínico de los sujetos y en su nivel de funcionamiento. Un período de observación de los sujetos y reevaluar a los sujetos luego del mismo, puede ayudar a determinar si los síntomas propios del TP son rasgos o marcadores de estado. Los alcances de establecer una cifra valida y fiable de comorbilidad de los TP en el TB, van desde el diseño de protocolos de manejo integral de los pacientes a un uso racional de los recursos médicos y psicosociales.

TABLA 1. Resumen de los estudios de los Trastornos de la Personalidad en pacientes con trastorno bipolar

AUTORES	PACIENTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Charney DS et al, 1981. EU	30 pacientes con TB DSM III 66 unipolares melancólicos y 64 unipolares no melancólicos	DSM III (revisión de historias clínicas con estos criterios)	23% de TP en TB	LIMITACIONES: es un estudio retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas. CONCLUSIONES: los TP son frecuentes en las depresiones unipolares no melancólicas, mientras en las depresiones endógenas no es tan frecuente.
Pica S et al, 1990 Australia	16 pacientes con TB, 10 con Tno Esquizoafectivo tipo bipolar -primer grupo- y 35 con Esquizofrenia DSM III – segundo grupo-.	<i>SCID I</i> según DSM III <i>SCID-P</i> según el DSM III para los TP <i>RPMIP</i> <i>Bech-Rafaelsen Mania Scale (BRMAS)</i> <i>SAPS</i> <i>SANS</i> Inventario de Beck para depresión	62% con TP	LIMITACIONES: Incluyen pacientes con Tno Esquizoafectivo bipolar. No establecen el estado clínico de los pacientes, si estaban eutímicos o no. CONCLUSIONES: la comorbilidad con TP es alta en el primer y los tipos más frecuentes son TP Histriónico, Límite, Pasivo-agresivo y Antisocial.
O'Connell RA et al, 1991 EU	50 pacientes con TB DSM III	<i>Personality Diagnostic Questionnaire</i> <i>Revised-PDQ-R</i>	58% con TP	LIMITACIONES: Usan un cuestionario de autoreporte para establecer los TP y no se pueden diagnosticar los TP con este instrumento. No establece el estado clínico de los pacientes, si estaban eutímicos o no. Ni como establecen el TB. CONCLUSIONES: la comorbilidad con TP es alta en el TB, los tipos más frecuentes con TP Límite y TP Histriónico.
Penselow P et al 1995 EU	66 pacientes con TB hipomaniacos DSM III R	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i> <i>SCID-II</i> según DSM III R para los TP <i>Research Diagnostic Criteria for hypomania</i>	53,2% con TP en hipomanía 44,7% con TP tras tratamiento con litio	LIMITACIONES: No define por instrumentos que es un tratamiento exitoso con litio. Además la muestra incluye TB I y TB II. CONCLUSIONES: Al menos el 50% de los pacientes con TB tienen comorbilidad con un TP. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los TP antes y después de la hipomanía, ni en el grupo que respondió al litio versus el que no respondió al litio.
Carpenter et al 1995 EU	23 pacientes con TB I según DSM III R casados, el 98% hombres.	<i>IPDE</i> y autoreporte del <i>IPDE</i> <i>Brief Psychiatric Rating Scale BPRS</i> <i>Social Adjustment Scale-Self-Report version (SAS-SR;</i> <i>Global Assessment Scale</i> (<i>GAS</i>),	22% con TP	LIMITACIONES: no establece el estado clínico de los pacientes en términos de eutimia, ni durante cuanto tiempo previo a la valoración del TP. Al ser una muestra con claro predominio de hombres y con estado civil casado, no es representativa de los pacientes con TB. El diagnóstico del TB no es por instrumentos. CONCLUSIONES: los pacientes con TP estaban más sintomáticos y tenían peor ajuste social.
Dunayevihc et al, 1996 EU	59 pacientes con TB según DSM III R	<i>SCID P</i> según DSM III R <i>SCID II</i> según DSM III R Escala de Young para manía	48% con TP	LIMITACIONES: no usan criterios de eutimia, no diferencian TB I del II. CONCLUSIONES: 33% de TP en primeros episodios y 65% en múltiples episodios de enfermedad. Los tipos más usuales los TP Evitativo, Paranoide y Antisocial.

TABLA 1. Resumen de los estudios de los Trastornos de la Personalidad en el Trastorno Bipolar (continuación)

AUTORES	PACIENTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Üçok A et al, 1998 Turquía	90 pacientes con TB I DSM III R 58 controles sanos	<i>SCID I</i> según DSM III R <i>SCID-II</i> según DSM III R	47,7% de TP 15,7 de TP	LIMITES: no se definió el criterio de eutimia, no especifican que es buena o mala respuesta al litio, ni clasifican la respuesta por medios de instrumentos de evaluación clínica como escalas de medición de síntomas depresivos o maníacos. CONCLUSIONES: casi la mitad de los pacientes y el 15% de los controles tenían un TP y los tipos más frecuentes fueron TP Histriónico, TP Obsesivo Compulsivo y TP Evitativo y TP Límite Paranoide. LIMITACIONES: no se estableció cuales eran los criterios de remisión, ni por cuanto tiempo ni por instrumentos de medición. Además, el diagnóstico de TB lo establecen por el registro en la historia clínica. No especifican que tipo de profesionales evaluó el eje II.
Barbato N y Hafner J, 1998 Australia	42 pacientes con TB I según DSM IV, ambulatorios	<i>IPDE</i> <i>The Brief Symptom Inventory-SCL-90</i> <i>Global Severity Index</i>	45,2% de TP	CONCLUSIONES: cerca de la mitad de los pacientes tienen un TP y los tipos más frecuentes fueron en las mujeres el TP límite y en los hombres el TP antisocial. Los pacientes con TP tenían mayor índice de severidad de la enfermedad y estaban más incapacitados para las actividades de la vida diaria y menor satisfacción con la medicación que recibían. LIMITACIONES: el diagnóstico del TB fue establecido con entrevistas clínicas no estructuradas. Además, el 96% de la muestra eran hombre, por lo que los resultados no se pueden generalizar a la población de sujetos con TB.
Kay JH et al, 1999 EU	52 pacientes con TB tipo I según DSM IV	<i>PDQ-R</i> según el DSM III R (autoreporte) <i>SCID II</i> según el DSM III R Escala de Young para Manía Inventario de depresión de Beck	38% de TP con <i>SCID II</i> 62% de TP con <i>PDQ-R</i>	CONCLUSIONES: La comorbilidad con TP es mayor en el grupo de pacientes con TB y abuso o dependencia al alcohol. LIMITACIONES: no especifican criterios de eutimia, A pesar del uso de instrumentos no definen a que llaman recuperación incompleta. No especifican si incluyen sujetos con TB tipo I y II, diferencia que ya estaba establecida en el DSM III R.
Dunayevich E et al, 2000 EU	42 pacientes con TB DSM III R, ambulatorios	<i>SCID-P</i> según DSM III R <i>SCID-II</i> según DSM III R <i>Longitudinal Interval follow-up</i> <i>Evaluation-LIFE</i> Escala de Young para Manía	48% de TP	CONCLUSIONES: casi el 50% de la muestra tiene TP, los más frecuentes TP evitativo, TP pasivo-agresivo y TP obsesivo-compulsivo. La recuperación funcional es apenas del 8% en TB con TP y del 33% en TB sin TP. Llama la atención, el bajo porcentaje de resuperación funcional en ambos grupos de pacientes, en general menos del 40%.

Autora de la Tabla 1. Nieto Rodríguez, Karen

TABLA 1. Resumen de los estudios de los Trastornos de la Personalidad en el Trastorno Bipolar (continuación)

AUTORES	PACIENTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Rossi A et al , 2001 Italia	117 pacientes TDM y 71 pacientes con TB, DSM III R todos hospitalizados	<i>SCID-I</i> según DSM-III-R <i>SCID-II</i> según DSM-III-R <i>SCID-II-PQ 113-item yes /no self-report questionnaire</i>	41,9% de los pacientes con TB tenían al menos un TP 63,2% de los pacientes con TDM tenían al menos un TP	LIMITACIONES: los pacientes no estaban eutímicos, sólo dos días asintomáticos antes de evaluar el eje II, al evaluar de forma estructurada el eje II se guiaron sólo por las respuestas positivas. No aclaran si incluyen TB I y II, diferencia que ya establece el DSM III R. Conclusiones: cerca de la mitad de los pacientes con TB tenían comorbilidad con TP y los subtipos más frecuentes en el TB fueron obsesivo-compulsivo, límite, y evitativo. LIMITACIONES: no establecieron comparaciones entre los pacientes con el TB con TP y el TB sin TP. Las conclusiones sólo se pueden extrapolar a la comorbilidad en general en el TB. CONCLUSIONES: la comorbilidad con los trastornos del eje I y eje II en pacientes con TB I, fue del 31%.I o II. Los subtipos de TP más frecuente fueron histriónico, límite, obsesivo- compulsivo y paranoide. No encontraron diferencias en el funcionamiento clínico de los pacientes con o sin comorbilidad en general.
Vieta E et al, 2001 España	129 pacientes con TB I en remisión	<i>SCID-I</i> según DSM III R <i>SCID-II</i> según DSM III R <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i> Escala de Young para Manía Escala de Hamilton para Depresión	31,78 con TP	LIMITACIONES: la muestra era formada por 96% de hombres, por lo que no es representativa de la población con TB. CONCLUSIONES: la presencia de comorbilidad con TP no se asoció a peor evolución clínica y si a uso de alcohol y drogas ilícitas, mayor tasa de desempleo y uso abundante de medicación.
Kay et al, 2002 EU	52 pacientes con TB I eutímicos	<i>SCID-I</i> según DSM III R <i>SCID-II</i> según DSM III R <i>Beck Depression Inventory</i> <i>Rating Scale Young</i> <i>Global assessment of functioning scale</i>	38% de comorbilidad con al menos un TP	LIMITACIONES: la muestra era formada por 96% de hombres, por lo que no es representativa de la población con TB. CONCLUSIONES: la presencia de comorbilidad con TP no se asoció a peor evolución clínica y si a uso de alcohol y drogas ilícitas, mayor tasa de desempleo y uso abundante de medicación.
Keown P et al, 2002 Inglaterra	193 pacientes ambulatorios (TB, Esquizofrenia y Trastornos depresivos) CIE 10	<i>The standardised assessment of personality-CEI 10</i> <i>Operational criteria checklist</i>	63 % TP en TB	LIMITACIONES: Se emplean instrumentos de evaluación de los trastornos mentales y TB no ampliamente validados, aplicados por personal no clínico. CONCLUSIONES: el 63% de los pacientes tenían TP y en el grupo de todos los pacientes los TP se detectaron en 52% de los mismos. Los tipos de TP mas frecuentes fueron Disocial, Impulsivo, Limite, Anacástico y Dependiente.

Autora de la Tabla 1. Nieto Rodríguez, Karen

TABLA 1. Resumen de los estudios de los Trastornos de la Personalidad en el Trastorno Bipolar (continuación)

AUTORES	PACIENTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Brieger et al 2003, Alemania	60 con DUP y 117 con TB I DSM IV, pacientes hospitalizados	<i>Cornell Dysthymia Rating Scale (CDRS)</i> <i>Bech-Rafaelsen Mania Scale (BRMAS)</i> <i>Multiple Choice Vocabulary Test (MWT)</i> , <i>Minimal Mental Examination</i> <i>SCID-I</i> según DSM IV <i>SCID-II</i> según DSM-IV <i>NEO-Five-Factor Inventory</i> (NEO-FFI)	38% de comorbilidad con TP en TB 51% de comorbilidad con TP en Depresión unipolar	LIMITACIONES: no establecieron criterios de eutimia con instrumentos clínicos ni en el tiempo antes de evaluar el eje II. CONCLUSIONES: casi un 40% de pacientes con TB tenían comorbilidad con T y los tipos de TP mas frecuentes TP obsesivo-compulsivo, TP narcisista TP límite. Y en el grupo de DUP TP obsesivo-compulsivo, TP evitativo y TP límite. Los pacientes con TP del grupo A, B y C tuvieron altas puntuaciones de neuroticismo. Los pacientes con TP del grupo C baja puntuación en escala de extroversión y grupo B y C baja puntuación en afabilidad.
George et al 2003, EU	52 pacientes con TB I DSM III R, sintomáticos en diferentes niveles	<i>SCID-P</i> según DSM-III-R, <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Change Version (SADS-C)</i> <i>International Personality Disorders Examination, IPDE</i>	28,8% de comorbilidad con al menos un TP	LIMITACIONES: No definen a que corresponde síntomas residuales (por escalas) y no establecen criterios de eutimia antes de evaluar el eje II. CONCLUSIONES: la comorbilidad fue mas frecuente con los tipos TP histriónico y TP obsesivo-compulsivo. No encontrar diferencias en cuanto a medicación, evolución clínica, sólo los pacientes con TP tenían más síntomas maniacos o depresivos que los sin TP.
Schiavone et al 2004 Italia	53 con TB I y II y 247 con DUP DSM IV	<i>SCID-P</i> según DSM IV <i>SCID-II</i> según DSM-IV <i>SCID-II-Q</i> (autoreporte)	67,4% de comorbilidad con TP para toda la muestra 73,6% de TP en TB 62,8% de TP en DUP	LIMITACIONES: no estableció criterios de eutimia antes de evaluar el eje II y no discriminaron los pacientes según el diagnóstico en el TB tipo I y el tipo II. CONCLUSIONES: los tipos de TP más frecuentes en TB fueron TP límite, TP narcisista, TP dependiente y TP histriónico y en la DUP TP límite, TP dependiente y TP obsesivo-compulsivo.
Garno JI et al 2005 EU	73 con TB I y 27 con TB II DSM IV	<i>SCID-I</i> según DSM IV <i>SCID-II</i> según DSM-IV Escala de manía de Young Escala de Hamilton para depresión <i>Childhood Trauma Questionnaire-CTQ</i> <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>	30% de comorbilidad con TP	LIMITACIONES: no establecer criterios de eutimia con un tiempo mínimo antes de evaluar el eje II y centraron las entrevistas en la detección de síntomas y rasgos propios de los TP del grupo B; por lo que podrían dejar pasar otros tipos de TP. Y no aportaron datos discriminados de TP en TB I/II. CONCLUSIONES: El 30% de los pacientes con TP y del tipo del grupo B, el más frecuente el TP límite seguido del TP narcisista. El antecedente de abuso sexual no se asoció a sintomatología afectiva pero si mayor puntuación en la escala de trauma en los pacientes con TB y TP.

TABLA 1. Resumen de los estudios de los Trastornos de la Personalidad en el Trastorno Bipolar (continuación)

AUTORES	PACIENTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Sorvaniemi M y Hintikka J, 2005 Finlandia	773 registros de pacientes varones y 852 de pacientes mujeres, con TB I Y II DSM IV	<i>The National Hospital Discharge Register in Finland</i> según códigos de la CIE 10	6% de TP como comorbilidad en TB	LIMITACIONES: al ser los datos de registros no se puede establecer con total certeza que los criterios que hayan empleado los clínicos que registraron las pacientes concuerden con los del TB DSM IV, además para registrar usan la CIE 10. Este mismo sucede para el diagnóstico de TP. CONCLUSIONES: el 6% de los registros corresponden a pacientes con TB y TP.
Grant et al, 2005 EU	861 sujetos con TB I en 12 meses y 1442 en algún momento de la vida, del <i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related conditions</i>	<i>Alcohol use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM IV version-AUDADIS-IV</i>	70,8% de comorbilidad con TP en doce meses y 64,7% de TP en algún momento de la vida	LIMITACIONES: las evaluaciones tanto del eje I y eje II las realizaron con un instrumento no validado para su uso en EU ni en otro país y por encuestadores sin experiencia clínica en la detección de trastornos mentales. Por lo que los diagnósticos tienen escasa validez. CONCLUSIONES: Los TP son altamente comorbidos en el TB tipo I. Los tipos TP más frecuentes TP obsesivo-compulsivo, TP pasivo-agresivo y TP Evitativo.
Mantere O et al, 2006 Finlandia	191 pacientes con TB I y II y 296 con TDM DSM IV	<i>SCID I</i> para los TB <i>World Health Organization Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)</i> para los TDM <i>SCID II</i> para los TP	42,2% de comorbilidad con TP en los TB I 43,6% de comorbilidad con TP en TB II	LIMITACIONES: la valoración del eje II lo efectuaron en pacientes con un episodio agudo de la enfermedad por lo que la validez y confiabilidad del diagnóstico del TP puede disminuir. CONCLUSIONES: la comorbilidad con TP se acerca al 50% en TB. Los TP en TB I mas usuales TP límite, TP obsesivo-compulsivo TP paranoide y en los pacientes con un episodio maníaco la comorbilidad con el TP disminuye en un 20% y el tipo más frecuente es TP límite.
Loftus ST y Jaeger J, 2006 EU	51 pacientes con TB I DSM IV	<i>SCID-I</i> según DSM IV <i>SCID-II</i> según DSM IV Escala de Hamilton para depresión Escala de Altman para Manía <i>Multidimensional Scale for Independent Functioning</i> <i>Social Adjustment Scale II</i>	45% de comorbilidad con TP	LIMITACIONES: no especifica si los pacientes estaban eutímicos al evaluar el eje II, no especifica a que llama síntomas residuales y no relaciona el funcionamiento de los pacientes con su nivel socioeconómico. CONCLUSIONES: casi el 50% de TP en el TB, los tipos mas usuales TP Límite, TP evitativo, TP antisocial. Los pacientes con TB y TP tenían más síntomas residuales.

Autora de la Tabla 1, Nieto Rodríguez, Karen

TABLA 1. Resumen de los estudios de los Trastornos de la Personalidad en el Trastorno Bipolar (continuación)

AUTORES	PACIENTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS	COMENTARIOS
Rötting D et al, 2007 Alemania	135 pacientes con TB I DSM IV	<i>SKID-I</i> según DSM IV en alemán <i>SKID-II</i> según DSM IV en alemán <i>Beck Depression Inventory-BDI</i> <i>Cornell Dysthymia Rating Scale-CDRS</i> <i>Self Report Manic Inventory</i> <i>Young Rating Scale</i> <i>TEMPS-A</i> <i>NEO-FFI</i>	36% de comorbilidad con TP en TB I con episodios mixtos 19% de comorbilidad con TP en TB I sin episodios mixtos	LIMITACIONES: no establecer criterios de eutimia al evaluar el eje II y los instrumentos para evaluar personalidad y temperamento. Además, no aplicar instrumentos de medición clínica para definir remisión ni establecerla en cuanto tiempo. CONCLUSIONES: La presencia de comorbilidad con TP en el TB se aumenta el doble en pacientes con antecedente de episodios mixtos y el tipo de TP más frecuente en este grupo fueron los del grupo C.

Autora de la Tabla 1, Nieto Rodríguez, Karen

ABREVIATURAS

<i>DSM</i>	Manual de Diagnóstico de la Asociación de Psiquiatría Americana
<i>CIE 10</i>	Clasificación Internacional de Enfermedades 10
<i>SCID-I</i>	Entrevista estructurada según el DSM para el eje I
<i>PDQ-R</i>	Cuestionario de autoreporte para los Trastornos de la Personalidad según DSM
<i>SCID-I</i>	Entrevista estructurada según el DSM para el eje I
<i>SCID-II</i>	Entrevista estructurada según el DSM para el eje II
<i>IPDE</i>	Entrevista Internacional para los Trastornos de la Personalidad
<i>SCID-II-PQ</i>	Cuestionario de autoreporte para los Trastornos de la Personalidad
<i>NIHM</i>	Instituto Nacional de la Salud Mental EU
<i>TEMPS-A</i>	Evaluación del Temperamento y Afectiva de Memphis, Pisa, Paris y San Diego
<i>SKID-I</i>	Entrevista estructurada según el DSM para el eje I versión en alemán
<i>SKID-II</i>	Entrevista estructurada según el DSM para el eje II versión en alemán
<i>NEO-FFI</i>	Neuroticismo, Extraversión, Apertura Inventario del modelo de Cinco Factores
<i>RPMIP</i>	Instrumento Multidiagnóstico para psicosis Royal Park
<i>SAPS</i>	Escala para valoración de síntomas positivos
<i>SANS</i>	Escala para valoración de síntomas negativos

OBJETIVOS E HIPOTESIS

1. Establecer la prevalencia de los Trastornos de la Personalidad (TP) en pacientes con Trastorno Bipolar (TB) tipo I eutimicos.

- 1.1. Establecer la prevalencia de los TP en pacientes con el TB tipo I eutimicos

Hipótesis. En los pacientes con el TB tipo I eutimicos la prevalencia de los TP es menor del 40%.

- 1.2. Establecer la prevalencia de los TP según criterios DSM IV en pacientes con el TB tipo I según criterios del DSM IV y eutimicos, tras un período de observación de 6 meses.

Hipótesis. La prevalencia de los TP en pacientes con el TB tipo I es estable en el tiempo.

- 1.3. Determinar los tipos de TP, según el DSM IV, más frecuentes tras los tres meses eutimia iniciales y compararlos con los tipos de TP más frecuentes tras los seis meses de seguimiento.

Hipótesis: Los tipos de TP no son estables en el tiempo.

2. Evaluar el efecto de la comorbilidad con los TP en el curso clínico de los pacientes con TB tipo I.

- 2.1. Evaluar si la comorbilidad con los TP en el TB tipo I se asocia a un peor curso clínico: mayor número de episodios de enfermedad, menor tiempo de remisión clínica, más años de enfermedad y mayor empleo de medicamentos en el tratamiento.

Hipótesis. En los pacientes la comorbilidad con los TP en el TB tipo I se asocia a un peor curso clínico: mayor número de episodios de enfermedad, menor período de remisión clínica, más años de enfermedad y mayor empleo de fármacos en el tratamiento.

- 2.2. Determinar el porcentaje de pacientes con recaídas durante el período de seguimiento de seis meses en los pacientes con comorbilidad con los TP en el TB tipo I.

Hipótesis. El porcentaje de pacientes con recaídas en los seis meses de seguimiento es mayor en los que presentan el TB tipo I con comorbilidad con los TP.

3. Examinar el efecto de la comorbilidad con los TP en el nivel de funcionamiento de los pacientes con TB tipo I.

- 3.1. Examinar el efecto de la comorbilidad con los TP en el nivel de funcionamiento de los pacientes con TB tipo I tras tres meses de estima.

Hipótesis. Los pacientes con comorbilidad con los TP en el TB tipo I tienen peor nivel de funcionamiento global que los pacientes sin comorbilidad con los TP en el TB tipo I.

- 3.2. Establecer el efecto de la comorbilidad con los TP en el nivel de funcionamiento de los pacientes con TB tipo I tras tres meses de estima.

Hipótesis. Los pacientes con comorbilidad con los TP en el TB tipo I tienen peor nivel de funcionamiento global que los pacientes sin comorbilidad con los TP en el TB tipo I y este bajo nivel de funcionamiento global se mantiene en el período de seguimiento.

4. Determinar el perfil de puntuaciones en las escalas del Cuestionario *BIG FIVE Questionnaire-BFQ* del Modelo de personalidad de los Cinco Grandes en los pacientes con TB tipo I.

- 4.1. Determinar el perfil de puntuaciones en las escalas del *BFQ* del Modelo de personalidad de los Cinco Grandes en los pacientes con TB tipo I eutimicos.

Hipótesis. Los pacientes con TB tipo I no poseen un perfil específico en el Modelo de los Cinco grandes evaluado por medio del *BFQ*.

- 4.2. Comparar el perfil de puntuaciones en las escalas del *BFQ* del Modelo de personalidad de los Cinco Grandes en los pacientes con TB tipo I tras un período de observación de seis meses.

Hipótesis. En los pacientes con TB tipo I el perfil de puntuaciones en las escalas del *BFQ* variara si es un marcador de estado y no lo hará si es un marcador de rasgo.

- 4.3. Comparar el perfil de puntuaciones en las escalas del Cuestionario *BFQ* del Modelo de personalidad de los Cinco Grandes en los pacientes con TB tipo I con y sin comorbilidad con los TP tras un período de eutimia de tres meses.

Hipótesis. Los pacientes con comorbilidad con los TP en el TB tipo I tienen un perfil de puntuaciones en el cuestionario *BFQ* que los diferencia de los pacientes sin comorbilidad con los TP en el TB tipo I.

- 4.4. Comparar el perfil de puntuaciones en las escalas del Cuestionario *BFQ* del Modelo de personalidad de los Cinco Grandes tras un período de observación de seis meses.

Hipótesis. Los pacientes con comorbilidad con los TP en el TB tipo I mantienen sin cambios las puntuaciones en las escalas del *BFQ* tras un período de observación de seis meses, mientras el perfil de puntuación de los pacientes sin comorbilidad con los TP cambia tras dicho período de observación.

5. Establecer el porcentaje de valoraciones positivas para los TP tras la aplicación del cuestionario autoaplicado del Examen Internacional para los Trastornos de la Personalidad (*IPDE*, siglas en inglés) en los pacientes con TB tipo I eutímicos.

- 5.1. Establecer el porcentaje de valoraciones positivas para los TP según el cuestionario autoaplicado del *IPDE* y compararlo con la prevalencia de los TP según la *SCID-II* para el DSM IV tras un periodo de eutimia de tres meses.

Hipótesis. El porcentaje de valoraciones positivas para los TP en el TB tipo I es mayor cuando se emplea el cuestionario autoaplicado del *IPDE* con respecto a la prevalencia del TP empleando la *SCID-II* para el DSM IV.

- 5.2. Determinar el porcentaje de valoraciones positivas para los TP según el cuestionario autoaplicado del *IPDE* tras un periodo de observación de seis meses y compararlo con la prevalencia de los TP según la *SCID-II* para el DSM IV tras los seis meses de seguimiento.

Hipótesis. El porcentaje de valoraciones positivas para los TP en el TB tipo I continúa siendo mayor cuando se emplea el cuestionario autoaplicado del *IPDE*

con respecto a la prevalencia del TP empleando la *SCID-II* para el DSM IV en el tiempo.

- 5.3. Comparar el porcentaje de valoraciones positivas para los TP con el cuestionario autoaplicado del *IPDE* tras los tres meses de eutimia con el obtenido tras el período de seguimiento de seis meses.

Hipótesis. El porcentaje de valoraciones positivas para los TP con el cuestionario autoaplicado del *IPDE* es diferente en las dos valoraciones.

MÉTODO

Muestra

Se realiza un estudio en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I según criterios del DSM IV.

Pacientes. Fueron incluidos en este estudio setenta y dos pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar Tipo I según criterios DSM IV (34 mujeres y 38 hombres), con edades comprendidas entre 20 y 67 años. Los pacientes fueron seleccionados consecutivamente según asistían a la consulta de psiquiatría y aceptaban participar en el estudio. Los pacientes proceden de dos programas de Trastorno Bipolar, un grupo (29 pacientes) del Programa de Trastorno Bipolar del Hospital Puerta de Hierro (al que asisten 96 pacientes con TB tipo I), del Área 6 de la Comunidad de Madrid y el otro grupo (43 pacientes) del Programa del Trastorno Bipolar del Hospital Virgen de la Luz (al que asisten 204 pacientes con TB tipo I), de Cuenca capital y de la provincia de Cuenca, Comunidad Castilla La Mancha.

Todos los pacientes incluidos en el estudio cumplen los criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I. Las entrevistas para el diagnóstico del TB tipo I las realizaron los psiquiatras coordinadores de los programas del Trastorno Bipolar de cada uno de los hospitales antes citados con la Entrevista clínica estructurada para los Trastornos Mentales del eje I del DSM IV (SCID I Firts MB et al, 1999).

Todos los pacientes estaban clínicamente estabilizados y en tratamiento ambulatorio en la consulta externa de los Programas del Trastorno Bipolar de los dos hospitales antes mencionados. (Ver tabla 2: Tratamiento farmacológico).

Fueron excluidos pacientes con: Trastornos orgánicos cerebrales, Trastornos Cognoscitivos severos, con diagnóstico principal de Trastorno de la Personalidad, con Retraso Mental, con Esquizofrenia y otras psicosis, con enfermedades orgánicas sistémicas crónicas y severas, con antecedente de abuso severo y dependencia a drogas ilegales.

Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado después de una explicación detallada del estudio y de las pruebas de evaluación a administrar. El estudio contó con la aprobación del comité ético de los hospitales.

TABLA 2. Tratamientos farmacológicos en los 72 pacientes con TB tipo I

Fármacos	Ptes /Porcentajes
Estabilizadores	
Ninguno	3 (4,1)
Uno	47 (65,2)
Dos	21 (29,1)
Tres	1 (1,3)
Litio	54 (75)
Valproato	13 (18,1)
Carbamacepina	2 (2,8)
No	3 (4,2)
Antipsicóticos	
Ninguno	41 (56,9)
Olanzapina	12 (16,7)
Risperdal	7 (9,7)
Quetiapina	6 (8,3)
Clozapina	2 (2,8)
Otros (ziprasidona,	4 (5,6)
Benzodiacepinas	
SI	14 (19,4)
No	58 (80,6)
Antidepresivos	
SI	12 (16,7)
NO	60 (83,3)
Hipnótico	
SI	13 (18,1)
NO	59 (81,9)

Las fases del estudio

El estudio se desarrolló en tres fases.

Fase I.

Los 72 pacientes que aceptaron participar en el estudio se les valoró empleando la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV (SCID-I First MB et al, 1999) para establecer el diagnóstico del TB tipo I. La entrevista la desarrollaron los psiquiatras que coordinan el programa del TB en cada hospital. Igualmente, se comprobó que al iniciar la participación en el estudio tuvieran una puntuación en la escala de Hamilton para depresión menor de 7 y en la escala de Young para Manía menor de 6. Tras esta evaluación se inició un seguimiento mensual durante tres meses, en el cual se aplicaban las escalas de Hamilton para Depresión y de Young para Manía. Los 72 sujetos

mantuvieron durante los tres meses de seguimiento puntuaciones en las escalas de Hamilton para Depresión menor de 7 y de Young para Manía menor de 6, con lo anterior cumplieron los criterios de eutimia de van Gorp (van Gorp et al, 1998). Además, se les aplicó la escala de Impresión Clínica Global (ICG), que se mantuvo durante los tres meses en todos los pacientes con un índice de uno (normal, no enfermo). Tras esta fase los 72 pacientes pasaron a la fase II.

El período de la fase I en el Hospital Puerta de Hierro fue de junio a agosto de 2006.

El período de la fase I en el Hospital Virgen de la Luz fue de enero a marzo de 2007.

Fase II.

En esta fase a los 72 pacientes se les administró el Cuestionario autoaplicado del *BIG FIVE Questionnaire-BFQ* (BFQ Caprara GV et al, 1995), el Cuestionario autoaplicado del *IPDE* (IPDE módulo DSM IV, 1996), la Entrevista estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM IV (SCID-II First MB et al, 1999) y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG del DSM IV TR, 2002).

Además, se revisó la historia clínica de los pacientes para obtener los datos clínicos necesarios y se les tomaron los datos demográficos necesarios para el estudio. La información obtenida en esta evaluación se consignó en un formulario diseñado específicamente para el estudio (ver anexo 1). La administración de los instrumentos y la entrevista la efectuó la psiquiatra investigadora principal.

El período de la fase II en el Hospital Puerta de Hierro fue de septiembre a noviembre de 2006.

El período de la fase II en el Hospital Virgen de la Luz fue de abril a junio de 2007.

Fase III.

Tras un período de seis meses de evolución clínica, a los 70 pacientes que continuaron en el estudio se les administró el Cuestionario autoaplicado del *BFQ* (BFQ, Caprara GV et al, 1995), el Cuestionario de autoaplicado del *IPDE* (IPDE, módulo DSM IV, 1996), la Entrevista estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM IV

(SCID-II, First MB et al, 1999) y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG del DSM IV TR, 2002). Estas valoraciones se efectuaron independientemente de la puntuación en las escalas de Hamilton para Depresión y de Young para Manía.

Además, se revisó la historia clínica de los pacientes para obtener la información del número de recaídas (ingresos, episodios tratados ambulatoriamente o aumento en las puntuaciones de la escalas de Young para Manía y de Hamilton para Depresión indicativas de sintomatología activa) en los seis meses de seguimiento y de los cambios en el número y tipo de fármacos para el tratamiento del TB. De igual forma los datos se consignaron en un formulario diseñado para el estudio (ver anexo 2). La administración de los instrumentos y la entrevista la efectuó la psiquiatra investigadora principal.

Los pacientes que no continuaron en el estudio fueron dos: uno del Programa de TB del Hospital Puerta de Hierro, que se retiró del programa. Y el otro paciente del Programa de TB del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, no continuó por suicidio consumado.

El período de la fase III en el Hospital Puerta de Hierro fue de febrero a marzo de 2007.

El período de la fase III en el Hospital Virgen de la Luz fue de diciembre de 2007 a febrero de 2008.

Instrumentos empleados

La Entrevista clínica estructurada para los Trastornos Mentales del eje I del DSM IV (SCID-I, First MB et al, 1999).

La entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM IV (*SCID-I*) es una entrevista estructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del eje I según el DSM IV (DSM IV, 1994).

Las entrevistas estructuradas se han desarrollado para mediante la estandarización del proceso de evaluación, se logre mejorar la fiabilidad diagnóstica, se aumente la validez del diagnóstico facilitando la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM IV y se indague sobre síntomas que de otra forma pasarían desapercibidos (Firts M et al, 1999).

Tradicionalmente, los instrumentos de evaluación van acompañados de datos que indican su fiabilidad y su validez. La fiabilidad de los instrumentos de valoración diagnóstica se determina generalmente comparando la concordancia entre evaluaciones independientes realizadas por dos o más entrevistadores sobre un grupo de sujetos. Los resultados suelen expresarse mediante una unidad estadística denominada *kappa*, que tiene en cuenta la concordancia debida al azar. Los valores *kappa* de la *SCID I*, varían según diagnóstico y lugares, pero en general entran dentro de los límites de otros instrumentos diagnósticos como la *National Institute of Mental Health Diagnostics Interview Schedule (DIS)*, y la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)* (Firts M et al, 1999).

La validez de una técnica de evaluación diagnóstica (validez de procedimiento) se refiere al consenso entre los diagnósticos obtenidos mediante dicha técnica con respecto a un modelo ideal. Por desgracia, no existe ningún modelo ideal para los diagnósticos psiquiátricos. Existen dificultades obvias en el uso de diagnósticos clínicos convencionales a modo de estándar, que han de tenerse en cuenta con cada paciente que se evalúe con un instrumento. Finalmente, las entrevistas estructuradas han sido especialmente diseñadas para reducir las limitaciones propias de la entrevista clínica no estructurada. La experiencia en investigación ha mostrado una validez superior de la *SCID I* ante la entrevista clínica no estructurada (Firts M et al, 1999).

La escala de evaluación para la Depresión de Hamilton (HDSR-Hamilton M en Bobes J et al, 2004).

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD*) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 (Hamilton M, 1960) y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems (Hamilton M, 1967). De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación

terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

La escala de Hamilton para depresión fue adaptada al castellano y validada según la versión reducida de 17 ítems (Ramos-Brieva y Cordero, 1986).

La escala debe ser administrada por un clínico, con el marco de referencia temporal del momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran los dos días previos.

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos. Además, proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro y una puntuación de en tres índices: melancolía, ansiedad o sueño (Bech P, 1996). También se ha descrito un factor de vitalidad-enlentecimiento (Tollefson GD et al, 1993). En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en “cuantificar” la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión.

A efectos de categorizar la intensidad / severidad del trastorno depresivo existen distintas propuestas, de las que recogemos las siguientes:

Los de Bech (Bech P, 1996),

- 0 a 7 no depresión
- 8 a 12 depresión menor
- 13 a 17 menos que depresión mayor
- 18 a 29 depresión mayor
- 30 a 52 más que depresión mayor

Los de Vázquez (Vázquez C, 1995),

- 0 a 6 sin depresión
- 7 a 17 depresión ligera

-18-24 depresión moderada

-25-52 depresión grave

Por otra parte, los criterios de inclusión en las investigaciones son remisión a puntuaciones iguales o menores de 7 y clínica depresiva puntuaciones iguales o mayores de 18.

Respecto a la fiabilidad, en sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92 (Rehm L y O'Hara M, 1985; Reynolds WM y Kobak KA, 1995). A su vez, el coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 (Pott MK et al, 1990). Y la fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9 (Rehm L y O'Hara M, 1985; Hedlund JL y Viewg BW, 1979).

Y respecto a su validez, su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Beck, oscila entre 0,8 y 0,9 (Tollefson GD y Holman SL, 1993; Rehm L y O'Hara M, 1985; Khan A et al, 2002).

La escala de Manía de Young (MRS-Young et al, en Bobes J et al, 2004)

La Escala de Manía de Young (*Mania Rating Scale, MRS*) fue elaborada por Young y colaboradores (Young RC et al, 1978) con la intención de construir una escala que pudiera ser administrada por clínicos tras una breve entrevista, frente a otras escalas basadas solamente en la observación como la Escala de Calificación del Estado Maníaco de Beigel (Biegel A et al, 1971). La traducción al castellano se realizó en 1997 (Marcos T, 1997). Ha sido validada en español en el 2002 (Colom F et al, 2002).

Es un instrumento de cuantificación de síntomas que consta de 11 ítems, con 5 opciones en cada uno, que reflejan grados crecientes de intensidad sintomática. La selección de los ítems es empírica, y se basa en una selección de los síntomas considerados como nucleares de la fase maniaca del trastorno bipolar (Young RC et al, 1978).

Se realiza durante o tras una entrevista clínica. La asignación de niveles de severidad se basa en el informe subjetivo del paciente referido a las 48 horas previas y en la observación

del su comportamiento durante la entrevista por el clínico, con mayor énfasis en este último aspecto (Young RC et al, 1978).

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / gravedad sintomática que mejor se ajuste a la situación clínica del paciente. Cada opción puntúa en un rango de 0 a 4, excepto 4 ítems (irritabilidad, expresión verbal, trastornos formales del pensamiento y agresividad) que tienen mayor peso en la puntuación global y puntúan el doble (0, 2, 4, 6, 8). La ponderación doble de estos ítems se justifica por la pobre o nula cooperación en la entrevista clínica de los pacientes graves. En todos los casos, el valor cero es la ausencia del síntoma y el valor más alto es gravedad extrema del síntoma.

El rango total de la escala es de 0 – 60 puntos. No hay puntos de corte establecidos ni tampoco estratificación por niveles de severidad y podemos encontrar distintos criterios en la bibliografía. Pero en general la interpretación más aceptada es la siguiente:

-Menor o igual a 6 eutimia.

-Entre 7-20 es compatible con un episodio mixto.

-Mayor de 20 episodio maniaco, más grave entre mayor puntuación alcance el paciente.

En el trabajo de validación original, los autores de la escala dividieron a los pacientes en cuatro niveles de severidad y las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de ellos fueron de 12.5, 19.3, 25.5 y 37.9, valores estos que pueden ser orientativos.

La Escala de Manía de Young es actualmente el instrumento más utilizado por clínicos e investigadores en este ámbito, con una probada validez para evaluar la gravedad / intensidad sintomática y la respuesta al tratamiento (Poolsup N et al, 1999).

La fiabilidad interobservadores de la escala en su conjunto es muy alta (0.93) y la de los ítems es algo más heterogénea (0.66-0.92). La validez concurrente frente a otras escalas, como la de Beigel o la de Petterson, es alta, con un índice de correlación entre 0.71 y 0.89. Las puntuaciones de la escala discriminan bien entre distintos niveles de severidad, se correlacionan con la necesidad de cuidados (hospitalización, días de hospitalización) y son sensibles al cambio terapéutico (Young RC et al, 1978, 1982,1983).

La escala de Impresión Clínica Global (ICG, Guy W en Bobes J et al, 2004)

La escala de Impresión Clínica Global (ICG, en inglés *CGI, Clinical Global Impresión-Guy W 1976*) fue diseñada para valorar de una forma sencilla la gravedad de un cuadro clínico y su mejoría a lo largo del tiempo tras el tratamiento.

La escala consta de dos subescalas:

-Gravedad del cuadro (CGI-SI): Un solo ítems con ocho posibles respuestas que se puntúan desde 0 (no evaluado) hasta 7 (pacientes más gravemente enfermos).

-Mejoría del cuadro debida a las intervenciones terapéuticas: un solo ítem con 8 posibles respuestas, que se puntúan desde 0 (no evaluado) hasta 7 (mucho peor). Debe valorarse la mejoría experimentada en el cuadro clínico, independientemente a que se deba total o parcialmente al tratamiento (Guy W, 1976).

Asimismo, la debe administrar el profesional que habitualmente asiste al paciente. La valoración se basa exclusivamente en la experiencia del clínico con el paciente que está evaluando y en el contexto de de la población que padece el mismo trastorno que dicho paciente. Igualmente, puede emplearse para realizar una evaluación subjetiva, la versión autoaplicada, es el propio paciente quien evalúa su situación, se le pregunta directamente sobre su experiencia de cambio con el tratamiento y la puntúa.

En resumen, se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal.

Sus propiedades psicométricas son adecuadas y válidas. Presenta una validez concurrente con algunas medidas de depresión, como la escala de depresión de Montgomery-Asberg (Martinez R et al, 1991; Caims JA y Johnston KM, 1992; Khan A et al, 2002). Finalmente, se considera que la ICG es una escala de gran robustez y sensibilidad al cambio, aunque su especificidad y fiabilidad son discutibles por la alta variabilidad interevaluador, dado que

las observaciones dependen de la propia experiencia clínica del evaluador (Beneke M y Rasmus W, 1992; Haron JM et al, 2003).

El Cuestionario de los Cinco Grandes “*Questionnaire Big Five-BFQ*” (BFQ, Caprara GV et al, 1995)

Tradicionalmente los Trastornos de la Personalidad han sido clasificados usando el modelo de categorías propuesto en los DSM y las CIE. Las fortalezas del modelo por categorías son la fácil conceptualización del caso, la buena comunicabilidad, la familiaridad y la consistencia con decisiones clínicas y planes de tratamiento (Ball SA, 2001, Widiger TA, 1991,1993).

Sin embargo, se ha propuesto un modelo dimensional para los Trastornos de la Personalidad, con el argumento de que los TP no son una distinción dicotómica -como sería inherente al modelo por categorías-, sino un funcionamiento continuo entre los límites de la personalidad normal y anormal, sobre todo teniendo en cuenta que dichos límites pueden no ser tan claros. Es así, como el modelo dimensional se centra en dimensiones subyacentes de la personalidad más que en un grupo de síntomas. Las fortalezas del modelo dimensional son: resuelve los problemas del modelo por categorías respecto a la comorbilidad y heterogeneidad de los TP, incrementa la información y da gran flexibilidad diagnóstica (Widiger TA, 1991).

De la mayoría de la literatura se saca la impresión que los dos modelos son mutuamente excluyentes, como si los TP fuesen o rasgos anormales y cuantitativamente diferentes de la personalidad normal -que conforman clases con descripciones específicas- o rasgos que son variaciones cuantitativas de la personalidad normal (Saulsman L y Page AC, 2004).

Por otra parte, ante la aparente incompatibilidad de los modelos por categorías y el de dimensiones, existe la posibilidad de evaluar a los pacientes con instrumentos que identifiquen las categorías de los TP según el DSM IV, como la *SCID II* y herramientas para valorar la personalidad según un modelo dimensional (Saulsman L y Page AC, 2004).

Con respecto a lo anterior, en el campo del estudio de la personalidad han sido propuestas diversas teorías, una de las más reconocidas es el modelo de tres factores de Eysenck (neuroticismo-estabilidad emocional; extraversión-introversión; psicoticismo-normalidad). Igualmente, desde la década de los 50 han surgido modelos derivados del modelo de factores, como el propuesto por Fiske y desarrollado por Costa y McCrae, el modelo denominado de los cinco factores mejor conocido como *Big Five* o Cinco Grandes (Roca B, Baca E, Leal C y col, 2004).

Con respecto al modelo de los Cinco Grandes, estos factores se derivan del análisis factorial de adjetivos, es por tanto un modelo léxico y en el se describen cinco dimensiones que son bipolares y van en un *continuum*.

En sus estudios los autores describieron los cinco factores así:

-Neuroticismo *versus* estabilidad emocional; como la tendencia a: la preocupación, la inseguridad, la autoconciencia, la variabilidad temperamental, los autoreproches, las emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la angustia, la vergüenza, la culpa y las reacciones hostiles. Lo opuesto es la estabilidad emocional.

-Extroversión, audacia o energía *versus* introversión como la tendencia a: ser sociable, divertido, afectuoso, amigable, hablador, asertivo. La audacia se refiere a la tendencia a dominar y a la actividad constante. Lo opuesto es la introversión.

-Apertura a la experiencia *versus* rigidez como la tendencia a: ser original, imaginativo, creativo, con amplio interés cultural y temerario -en el sentido de estar abierto a la posibilidad de emprender cosas nuevas, diferentes y arriesgadas-. Lo opuesto es la rigidez.

-Afabilidad *versus* antagonismo como la tendencia a: ser simpático *versus* antipático, cooperador *versus* no cooperador, amable *versus* terco y rudo.

-Escrupuloso *versus* inescrupuloso como la tendencia a ser: autocontrolado, reflexivo, dubitativo, moralista, trabajador, ambicioso, perseverante *versus* impulsivo, irreflexivo, imprudente, inconstante, vago, perezoso.

Asimismo, siguiendo el modelo de los Cinco Grandes, se han desarrollado instrumentos para la evaluación de los cinco factores a partir de un listado de preguntas, que indagaban acerca de la presencia o no de esos factores. Lo anterior por medio de adjetivos que

describían los factores, uno de los instrumentos iniciales es el *NEO Inventory, Neuroticism, Extraversion, Openness to experience Inventory* (McCrae y Costa, 1983).

De igual forma, los autores encontraron una clara correspondencia entre lo detectado en el cuestionario autoaplicado contestado por los sujetos, el aplicado a las esposas de los individuos que llenaron el cuestionario autoaplicado y el empleo del listado de preguntas a los sujetos evaluados. Lo anterior fue muy claro para los factores de neuroticismo y extroversión. Además, el factor de cultura fue mejor interpretado como la apertura a la experiencia. Finalmente, incluyeron preguntas para identificar dos factores más afabilidad y escrupulosidad. De esta forma, desarrollaron un cuestionario con 181 preguntas que luego validaron, el *NEO Inventory*. Concluyen que no existe variabilidad entre observadores y tiene una buena correlación interna, que se corresponden con los cinco factores. Los autores reportan una buena convergencia y discriminación entre observadores (McCrae y Costa, 1987).

Posteriormente, al revisar el listado de preguntas desarrollaron un inventario de personalidad de 240 preguntas, para hacer operativo el modelo de personalidad de los cinco grandes, el *NEO-PI-R, Neuroticism, Extraversion, Openness to experience Personality Inventory Revised*. Los autores al desarrollar el inventario aplicaron la terminología usada en forma más recurrente en otros inventarios de personalidad (Costa P y McCrae, 1995).

Por otro lado, el modelo de los Cinco Grandes se ha empleado en la valoración de la personalidad patológica. En un metaanálisis de los estudios realizados relacionando el modelo de los Cinco Grandes y los Trastornos de la Personalidad, los autores exponen la existencia de un patrón de combinación de las dimensiones del modelo en los TP. Concluyen que varios de los TP muestran un esquema predecible con el modelo de los Cinco Grandes, empleando los inventarios *NEO PI*, *NEO PI R* o *NEO FFI*, el *Neo Five Factor Inventory* (Saulsman L y Page AC, 2004), de esta forma:

- El TP Histriónico y el TP Narcisista muestra una positiva relación con extroversión, a mayor puntuación en esta escala mayor posibilidad de poseer este TP.
- El TP Narcisista muestra una negativa relación afabilidad, a menor puntuación en la escala de afabilidad mayor posibilidad de este TP.

-El TP Esquizoide tiene una relación negativa con extroversión, a menor puntuación en la escala de extroversión mayor probabilidad de este TP.

-El TP Esquizotípico tiene una negativa relación con extroversión y afabilidad. A menor puntuación en estas escalas mayor probabilidad del TP. Y una positiva relación con neuroticismo, a mayor puntuación en la escala de neuroticismo mayor posibilidad del TP.

-El TP Paranoide y el TP Límite muestran una positiva relación con neuroticismo, a mayor puntuación en esta escala mayor riesgo del TP, principalmente en el TP Límite y negativa con afabilidad, a menor puntuación en esta escala mayor posibilidad del TP, principalmente para el TP Paranoide, siendo mucho mas intensa con afabilidad en el caso del paranoide y con neuroticismo en el caso del límite.

-El TP Antisocial muestra una negativa relación con afabilidad y escrupulosidad, a menores puntuaciones en estas dos escalas alta probabilidad de este TP.

-El TP Evitativo muestra una positiva relación con neuroticismo, a mayor puntuación mayor riesgo de este TP y negativa con extroversión, a menor puntuación mayor posibilidad de este TP.

-El TP Dependiente muestra una positiva relación con neuroticismo (a mayor puntuación en esta escala mayor probabilidad del TP).

-El TP Obsesivo-compulsivo muestra una positiva relación con escrupulosidad, a mayor puntuación en esta escala mayor posibilidad de este TP. Esta no es muy marcada.

Por otra parte, al analizar las relaciones entre las dimensiones del modelo de los Cinco Grandes y los TP los autores encontraron:

-No hay una asociación importante entre la dimensión apertura a la experiencia y los TP.

-La dimensión escrupulosidad muestra una leve asociación con alguno de los TP.

-Las dimensiones neuroticismo, extroversión y afabilidad son las que muestran un gran número y fuertes asociaciones con varios de los TP.

-Las dimensiones de neuroticismo y de afabilidad son las que muestran las asociaciones más consistentes en sentido positivo y negativo con varios de los TP.

-La dimensión neuroticismo muestra una fuerte asociación positiva con el TP Paranoide, el TP Esquizotípico, el TP Límite, el TP Evitativo y el TP Dependiente.

-La dimensión de afabilidad muestra, en general, una asociación negativa con los TP, particularmente con el TP Paranoide, el TP Esquizotípico, el TP Antisocial, TP Límite y el TP Narcisista. Mientras, en el TP Dependiente, la asociación es positiva.

-En general las dimensiones extroversión, apertura a la experiencia y escrupulosidad muestran asociaciones mixtas positivas o negativas.

Asimismo, los autores concluyen que los TP con alteraciones emocionales muestran una asociación positiva con la dimensión neuroticismo (TP Paranoide, TP Esquizotípico, TP Límite, TP Evitativo y TP Dependiente). Igualmente, los TP con rasgos que se manifiestan en el contexto social, muestran una asociación positiva con extroversión como el TP Histriónico y el TP Narcisista, mientras que los TP que se caracterizan por la timidez y el aislamiento social muestran una asociación negativa con la dimensión de extroversión (el TP Esquizoide, el TP Esquizotípico y el TP Evitativo). De la misma forma, los TP con grandes dificultades en las relaciones interpersonales muestran una negativa asociación con la dimensión afabilidad (el TP Paranoide, el TP Esquizotípico, el TP Antisocial, el TP Límite y el TP Narcisista). A su vez, los TP que se identifica con la tendencia al orden y la disciplina muestran una asociación positiva con la dimensión de escrupulosidad (el TP Obsesivo-compulsivo) en contraste con los que se definen por la tendencia a la temeridad y la imprudencia muestran una asociación negativa dicha dimensión (el TP Antisocial y el TP Límite). Finalmente, la dimensión de extroversión muestra en general una asociación mixta con varios de los TP, positiva para el TP Histriónico y el TP Narcisista y negativa con el TP Evitativo, el TP Esquizoide y el TP Esquizotípico (Saulsman L y Page AC, 2004).

Sin embargo, Costa y McCrae afirman que muchas personas que tienen una puntuación en el extremo positivo o negativo de las dimensiones no siempre tienen un TP, en otras palabras estar en el extremo no es suficiente para tener un TP (Costa Jr y McCrae R, 1990).

Por último, está el cuestionario *Big Five Questionnaire (BFQ)* propuesto por Caprara GV y colaboradores, concebido de acuerdo con las argumentaciones teóricas del Modelo de los Cinco Grandes. En esta versión los autores pretenden aportar información para la comprensión y la evaluación de los cinco factores. Para lograr lo anterior han propuesto la identificación de las subdimensiones y sus elementos. Asimismo, en este cuestionario los

cinco grandes factores han sido denominados Energía o extroversión (E), Afabilidad (A), Tesón o escrupulosidad (T), Estabilidad Emocional o neuroticismo (EE) y Apertura Mental o apertura a la experiencia (AM). En cada una de las dimensiones han identificado dos subdimensiones que hacen referencia a distintos aspectos de la misma, de la siguiente forma:

-Dimensión E, definida por las subdimensiones Dinamismo (Di) y Dominancia (Do). La primera tiende a medir aspectos relativos a comportamientos enérgicos y dinámicos, la facilidad de palabra y el entusiasmo. La segunda tiende a medir aspectos como la capacidad de imponerse, sobresalir, hacer valer la propia influencia sobre los demás.

-Dimensión A, esta conformada por las subdimensiones de Cooperación/empatía (Cp) y Cordialidad/amabilidad (Co). La primera pretende medir aspectos asociados a la capacidad para comprender, hacerse eco de los problemas, las necesidades de los demás y cooperar eficazmente con ellos. La segunda mide aspectos relacionados con la amabilidad, la confianza y la apertura hacia los demás.

-Dimensión T, esta constituida por las subdimensiones de Escrupulosidad (Es) y Perseverancia (Pe). La primera pretende medir aspectos relativos a la fiabilidad, la meticulosidad y el amor por el orden. La segunda mide aspectos que se refieren a la persistencia y la tenacidad con que se llevan a cabo las tareas y actividades emprendidas y el no faltar a lo prometido.

-Dimensión EE, esta dimensión se conforma por las subdimensiones de Control de las emociones (Ce) y Control de los impulsos (Ci). La primera mide básicamente aspectos concernientes al control de los estados de tensión asociados a la experiencia emotiva. La segunda mide aspectos relativos a la capacidad de mantener el control del propio comportamiento incluso en condiciones de incomodidad, conflicto y peligro.

-Dimensión AM, esta dimensión viene definida por las subdimensiones a Apertura a la cultura (Ac) y Apertura a la experiencia (Ae). La primera pretende medir los aspectos que atañen al interés por mantenerse informados, interés hacia la lectura y adquirir conocimientos. La segunda mide aspectos de la Apertura Mental referidos a la disposición

favorable hacia las novedades, a la capacidad de considerar cada cosa desde perspectivas diversas y a la apertura favorable hacia valores, estilos, modos de vida y cultura distintos.

En cada subdimensión la mitad de las afirmaciones ha sido formulada en sentido positivo con respecto al constructo de la escala, mientras la otra mitad esta formulada en sentido negativo, con el fin de controlar eventuales fenómenos de sesgo de respuestas. Además, incluyen la escala de distorsión D que consta de 12 elementos y tiene por finalidad proporcionar una medida de la tendencia a ofrecer un perfil falseado de si mismo al responder el cuestionario. El *BFQ* esta constituido por 10 subdimensiones (que se aglutinan en cinco dimensiones) y una escala de Distorsión; cada una de estas escalas esta compuesta de 12 elementos, para un total de 132 ítems, a los que el sujeto contesta en una escala de 5 completamente verdadero para mí a 1 completamente falso para mí. Igualmente, la puntuación en cada escala oscila de 1 a 99 puntos (esta puntuación es asignada por el programa informático de soporte para puntuar el *BFQ*, después de introducir las respuestas de cada sujeto valorado con el mismo).

Por otra parte, ha sido adaptado al castellano y al catalán. La muestra empleada en la primera adaptación estaba constituida por 1.298 españoles de ambos sexos, muy heterogéneos en cuanto a edad y procedencia (nivel escolar y geográfico). Entre los años 1999 y 2001 recogieron nuevos casos hasta alcanzar dos millares de casos. En esta muestra escogieron dos submuestras cada una de uno de los sexos, con un millar de casos. Y la tercera muestra la escogieron de una población que contesto el cuestionario en catalán. A su vez, la fiabilidad, dada por la consistencia interna u homogeneidad, por el coeficiente alfa de Cronbach. Los índices son lo suficientemente elevados para un instrumento tipo cuestionario de personalidad y con unas escalas de relativamente pocos elementos (12 por escala), y no parece que haya una tendencia a que el elemento sea mas fiable en un sexo o en otro (Caprara GV et al 2001).

Asimismo, el *BFQ* ha sido empleado en estudios en los cuales se busca relacionar el perfil de la personalidad y aspectos muy diversos como: las relaciones sociales, los rasgos de personalidad asociados a factores biológicos (respuesta inmune, marcadores de estrés, niveles de colesterol), los factores del temperamento, la alexitimia y el temperamento y las

habilidades en el aprendizaje basado en problemas, entre muchos factores (Paulhus D y Reynolds S, 1995; Botella P et al, 1999; Pozzi F et al, 2003; Picardi A et al, 2005; Picardi A, Toni A y Caroppo E, 2005; Luh SP et al, 2007).

En resumen, esta validado en la población española y ha sido empleado en múltiples investigaciones en nuestro medio en temas como: los rasgos de personalidad en niños y adolescentes con trastornos depresivos -versión para esta población y validada al castellano-, el perfil de personalidad en la población de potenciales donantes o no de órganos, rasgos de la personalidad y sensibilidad al dolor, personalidad, inteligencia emocional y rendimiento académico, rasgos de personalidad en criminales violentos, las dimensiones de la personalidad como factores predictores de los TP, las dimensiones de los TP y correlatos neurofisiológicos. En el antes mencionado estudio, el cuestionario *BFQ*, lo aplicaron no sólo a los pacientes sino también lo contestó un familiar del paciente, los resultados entre las dos aplicaciones no mostraron diferencias estadísticamente significativas (Carrasco O y del Barrio G, 2007; Blanca M et al, 2007; López-Pérez A y Calero-García M, 2008; Gil-Olarte M et al, 2006; Ortiz-Tallo M et al, 2007; Iglesia García C et al, 2000; Inda-Caro M et al, 2006).

El cuestionario autoaplicado de la Evaluación Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE módulo DSM IV, Loranger AW et al en López Ibor et al, 1996)

Es el cuestionario autoaplicado del *IPDE* (siglas del inglés del, *International Personality Disorder Examination*), en su versión más reciente es compatible con los criterios diagnósticos del DSM IV y el CIE 10 para los TP.

De igual forma, este inventario se deriva de la Entrevista Internacional para los Trastornos de la Personalidad, la cual es el resultado del proceso de desarrollo de la *Personality Disorder Examination, PDE* (Loranger 1988). La *PDE* fue modificada en su momento, para su uso internacional, haciéndola compatible con los criterios de la CIE 10 y el DSM III R y ha sido validada para su uso en el ámbito internacional en diversas culturas e idiomas.

En resumen, la versión inicial del *IPDE*, examina los comportamientos y experiencias de vida relevantes, los cuales están reflejados en los 150 criterios para realizar el diagnóstico de los Trastornos de la Personalidad, de acuerdo con la CIE 10 y el DSM III R. Aunque contiene preguntas cuidadosamente seleccionadas, el entrevistador debe solicitar información esclarecedora como ejemplos, anécdotas, detalles que confirmen o descarten el rasgo que se está valorando. El manual describe como puntuar cada ítem.

Además, en todas las versiones del *IPDE*, se requiere que el comportamiento o rasgo esté presente por lo menos en los últimos cinco años. Es una pauta un tanto arbitraria pero que intenta reflejar que el comportamiento o rasgo debe ser duradero y evitar confusiones con una situación transitoria o episódica relacionada con un estado transitorio de cualquier enfermedad mental. Además, es necesario que el rasgo o comportamiento esté presente desde antes de los 25 años.

Por otra parte, en el estudio piloto, llevado a cabo en conjunto con la Organización Mundial de la Salud y la Administración en Alcohol, Drogas de abuso y Salud Mental, participaron 58 psiquiatras y psicólogos clínicos quienes administraron la entrevista a 716 pacientes de 14 Centros participantes de 11 países del mundo (Norteamérica, Europa, África y Asia). Para evaluar el índice de fiabilidad 141 de los *IPDE* fueron calificadas por un observador silencioso. Para determinar la estabilidad temporal, 243 pacientes fueron revalorados seis meses después. Los resultados señalaron que del *IPDE* mostró aceptación entre los clínicos y demostró tener un índice de fiabilidad y una estabilidad temporal similar a los instrumentos usados para el diagnóstico de los trastornos psicóticos, afectivos, ansiosos y por uso de sustancias. La media de los valores kappa para el diagnóstico definitivo del TP fue de 0,70 usando criterios DSM III R y de 0,72 usando criterios CIE 10 (Loranger AW et al, 1994).

Por otro lado, el cuestionario autoaplicado del *IPDE*, tiene como directrices que el paciente entienda que el propósito del mismo es conocer que tipo de persona ha sido en los últimos cinco años, contestando verdadero o falso en cada uno de los 77 ítems. Es un inventario autoaplicado, de cribado, en el que mediante preguntas con respuestas dicotómicas (verdadero o falso) el paciente describe aspectos de su personalidad. Además, el

cuestionario lo califica el evaluador, siguiendo las instrucciones y señalando con un círculo los criterios que sean positivos para un TP. El resumen de la puntuación indica que si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positivo en la evaluación para ese trastorno y debe ser entrevistado. Igualmente, aclara que los clínicos o investigadores pueden adoptar estándares de referencia menores o mayores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia que tengan los errores de sensibilidad –falsos negativos- o de especificidad –falsos positivos-. Por último señalan las instrucciones que no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los TP (Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM IV, 1994).

El cuestionario autoaplicado del *IPDE* ha sido propuesto como un instrumento útil en el cribado o selección de sujetos, antes de realizar el *IPDE*. Por último, el objetivo de la selección previa es eliminar la necesidad de entrevistar pacientes con poca probabilidad de tener un diagnóstico de TP. Se asume la posibilidad de un mínimo de falsos negativos. Asimismo, muchas investigaciones señalan que los inventarios autoaplicados son proclives a dar abundantes falsos positivos (Framer RF, 2000). La literatura indica que los inventarios y las entrevistas clínicas no estructuradas no aportan información equivalente (Loranger AW, 1992,1994).

En conclusión, la utilidad de los inventarios autoaplicados radica en alertar acerca de la presencia de rasgos de personalidad desadaptativos para luego realizar una entrevista estructurada con el propósito de verificar la existencia de estos rasgos anómalos y valorar si configuran un TP o no (Widiger TA, 2002).

La entrevista clínica estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM IV (SCID-II, First MB et al, 1999)

Históricamente, establecer la fiabilidad del diagnóstico de los TP ha sido difícil, entre varias razones. Por las variaciones en la definición y curso de los mismos, por la falta de concordancia en los criterios de inclusión o exclusión de los sujetos en las diferentes categorías y por la falta de investigación sistemática al respecto en el campo de la

psicología (Panceta AF, 1974). Actualmente, la mayoría de los investigadores y los clínicos se inclinan al empleo de entrevistas estructuradas o semiestructuradas para el diagnóstico de los TP y las mismas se han constituido en el método de elección preferido para valorar los TP en diversos estudios. Asimismo, las entrevistas semiestructuradas tienen una serie de ventajas respecto a las entrevistas clínicas no estructuradas, como son el asegurar y documentar la realización de una exploración sistemática de cada uno de los criterios para el diagnóstico de los TP. De esta forma, las valoraciones llevadas a cabo con este tipo de instrumentos son validas y replicables (Framer RF, 2000; Rogers R, 2003; Segal DL y Coolidge FL 2003; Wood JM et al, 2002).

Asimismo, las entrevistas son denominadas estructuradas aunque en la practica son semiestructuradas, porque incluyen preguntas abiertas e indirectas, al puntuar cada ítem se tienen en cuenta aspectos como la forma de responder a la preguntas, la relación con el entrevistador, el lenguaje preverbal o las anécdotas que manifieste el entrevistado (Segal y Coolidge, 2003). Además, el entrevistador no se limita solo a puntuar las respuestas a preguntas directas sino que puede hacer más indagaciones para descartar o confirmar la presencia de un rasgo determinado. Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de obtener información inexacta por falta de colaboración o introspección del paciente. Lo anterior se puede intentar subsanar solicitando ejemplos de situaciones concretas que permitan obtener información acerca de patrones de reacciones emocionales o conductuales a determinados acontecimientos, de tendencias en la forma de juzgar un hecho o a reaccionar impulsivamente o no ante estímulos específicos. Igualmente, es de gran ayuda la información de conocidos, familiares, o colegas. Esto último, es más factible en el contexto clínico mientras en las investigaciones se requiere de un diseño específico que incluya la aplicación del instrumento a los informantes.

Existen cinco entrevistas estructuradas para la valoración de los TP según criterios del DSM IV:

-Diagnostic Interview for Personality Disorders, DIPD-Zanarini et al, 1987.

-International Personality Disorder Examination, IPDE-Loranger et al, 1999.

-Personality Disorder Interview-IV, PDI-IV-Widiger et al, 1995.

-Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders, SCID II-Firts et al, 1997.

-Structured Interview for DSM IV Personality Disorders-Pfohl et al, 1997.

Los creadores de estas entrevistas y de versiones anteriores, han intentado controlar a través de la estandarización la variabilidad al formular las preguntas (propia de las entrevistas clínicas no estructuradas) y el método de puntuar la presencia o severidad de los síntomas de los TP.

Respecto a la fiabilidad de las entrevistas estructuradas las más analizadas han sido la *IPDE* y la *SCID II*. En un estudio administrando la *IPDE* y la *SCID II* a 100 pacientes en una unidad de tratamiento de los TP obtuvieron, para los diagnósticos individuales, índices de *kappa*, que oscilaron entre el 0,58 para el TP Esquizoide al 0,87 para el TP Antisocial. Los autores, concluyeron que estos índices se obtienen principalmente al comparar las dimensiones de los tipos de TP (Skodol AE et al, 1991). Además, otros autores señalan que la concordancia media obtenida para los TP es consistente con la concordancia media para los Trastornos mentales del eje I (Loranger AW, 1992). Igualmente, en revisiones acerca de la fiabilidad de las entrevistas semiestructuradas usando versiones de la *SCID*, según el DSM III y DSM III R, el índice *kappa* fue alto, el 60% de los estudios mostró valores de 0,70 o más (Zimmerman M, 1994).

Respecto a los índices de fiabilidad de la *SCID II* según criterios del DSM IV, un estudio con una muestra de 433 reclutas militares de la Fuerza Aérea de EEUU, sin antecedente de tratamiento psiquiátrico o indicación para el mismo, expone que los índices *kappa*, fluctúan entre el 0,65 para el TP Esquizotípico al 0,90 para el TP Evitativo, cuando se tiene en cuenta las puntuaciones para cada criterio de los TP. Además, concluye que la fiabilidad se incrementa cuando se utilizan las puntuaciones dimensionales para los TP (*kappa* entre 0,77 para el TP Histriónico y el 0,93 para el TP Evitativo) en comparación a cuando se emplean las categorías diagnósticas. En resumen, los tipos de TP Evitativo y Dependiente obtuvieron los mayores índices de fiabilidad, mientras el TP Esquizotípico obtuvo el más bajo. Los autores concluyen que en general el índice de fiabilidad para los tipos de TP estuvo por encima de 0,70 (Serrita J et al, 2006).

Otra de las razones para usar las entrevistas semiestructuradas es que pueden ser menos susceptibles a las distorsiones en la percepción, la introspección y la presentación de los síntomas (propias de los sujetos con los TP) en comparación al empleo de los inventarios autoaplicados (Bornstein RF, 1999).

Por otro lado, uno de los aspectos más controvertidos en el diagnóstico de los TP es la excesiva ocurrencia de varios tipos de TP en un mismo sujeto. Respecto a lo anterior, muchos autores lo atribuyen, no a dificultades en la realización de las entrevistas, sino al grupo de criterios que configuran cada tipo de los TP. Es así como, los criterios usados para establecer las diversas categorías diagnosticas, se solapan entre sí, como es el caso del TP Límite con el TP Histriónico, el TP Narcisista y el TP Dependiente (Oldham JM et al, 1992; Bornstein RF, 1998; Framer RF, 2000). Lo anterior, podría asociarse a diversos factores entre ellos que todos los rasgos tienen igual peso, que en la definición del tipo de TP no se identifican los rasgos centrales o jerarquizados, que explicarían la presencia de los aspectos cognoscitivos, conductuales afectivos o de impulsividad vinculados a los mismos. Aunque, hay investigaciones que soportan la validez de cada uno de los constructos de las entrevistas estructuradas (Rogers R, 2003).

Por otro lado, la *SCID II* versión para lo TP según criterios del DSM III R, ha sido validada en nuestro medio, por medio de una investigación doctoral realizada en Valencia, en una muestra de 200 pacientes, entrevistados con la *SCID II* y con una entrevista clínica no estructurada por dos grupos independientes de psiquiatras. Las conclusiones del estudio fueron: la prevalencia de los TP es mayor con la *SCID II* que con la entrevista clínica no estructurada. La prueba mostró una eficacia diagnóstica global y sensibilidad aceptables. La eficacia global es muy buena para los TP Antisocial, TP Obsesivo-compulsivo, TP Histriónico, TP Paranoide y TP Evitativo. Y la eficacia diagnóstica no es buena para los TP Dependiente, TP Límite, TP Esquizoide, TP Narcisista y TP Esquizotípico, para lo cuales la sensibilidad es baja (Pérez Prieto JF, 2001).

Por otra parte, la entrevista *SCID II* según el DSM IV, tiene la peculiaridad de requerir la presencia del criterio diagnóstico durante por lo menos los últimos cinco años. El procedimiento recomendado es administrar primero un inventario autoaplicado y luego la

entrevista enfocándose en los rasgos en los que el paciente dio positivo, esto en la práctica clínica con el propósito de ahorrar tiempo. Mientras, en la investigación debe administrarse completamente la entrevista después del inventario autoaplicado, el cual puede ser opcional o indicado de acuerdo con los objetivos planteados. Igualmente, la entrevista se puntúa ítem por ítem, a cada uno se le asigna una puntuación así:

- ¿? igual a información inadecuada
- 1 igual a ítems ausente o falso para el paciente
- 2 igual a subumbral
- 3 igual a umbral o verdadero para el paciente
- Al final de cada TP se cuentan los ítems con 3. Para cada TP existe un número mínimo de ítems puntuados con tres para asignar un diagnóstico, que se pueden agrupar así:
 - Los TP que requieren de cinco ítems: TP Dependiente, TP Depresivo, TP Esquizotípico, TP Histriónico, TP Narcisista y TP Límite.
 - Los TP que requieren de cuatro ítems: TP Evitativo, TP Obsesivo-compulsivo, TP Pasivo-agresivo, TP Paranoide y TP esquizoide.
 - El TP antisocial requiere de tres ítems.
 - EL TP no especificado de uno sólo.

(SCID-II, First MB et al, 1999).

En general ningún método de valoración clínica es infalible pero las entrevistas estructuradas y otras fuentes de información ayudan a establecer un diagnóstico de TP (Widiger TA y Samuel DB, 2005).

La escala de la Actividad Global del DSM IV (EEAG del DSM IV TR, 2002)

La escala de Evaluación de la Actividad Global es un instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo, como un hipotético *continuum* de salud-enfermedad.

Existe una buena descripción de la escala en el DSM IV, la cual está basada en los trabajos de Endicott y colaboradores (Endicott J et al, 1976) y a su vez éstos en los de Luborsky (Luborsky L, 1962).

La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: “no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales” (DSM IV TR, 2002).

Asimismo, la escala está dividida en 10 niveles de actividad, con 10 puntos cada uno. Además, cada nivel presenta dos componentes. El primero se refiere a la gravedad de los síntomas y el segundo a la actividad del sujeto. Ejemplo: del nivel 60 -51 “síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) **O** cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un trabajo) (DSM IV TR, 2002).

En resumen, contiene un único ítem, el de la actividad global del paciente, con diez niveles. La EEAG se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (reservada para aquellos individuos que no sólo están exentos de psicopatología, sino que muestran rasgos considerados como de salud mental positiva como son funcionamiento superior, elevados intereses, integridad, calidez, nunca parece superado por los problemas y es valorado por los demás debido a sus abundantes cualidades positivas) y 1 (expectativa manifiesta de muerte). Al puntuar se escoge el nivel en función de los síntomas o del rango de actividad en el que se encuentre el sujeto. La puntuación de 0 se reserva para cuando la información no es adecuada. Su aplicación es por un clínico y no por el sujeto, y el marco temporal valorado es el momento actual. Sin embargo, se puede valorar en diferentes momentos como al ingreso, al alta hospitalaria o el mayor nivel de funcionamiento en el último año. Igualmente, los autores recomiendan que la valoración se haga en función de los síntomas o nivel de funcionamiento en el momento de la aplicación y que no se encuentre influenciada por consideraciones de pronóstico, diagnósticos previos o de presunción de la patología

subyacente. Asimismo, la información puede obtenerse de cualquier fuente existente, ya sea la entrevista con el paciente o grabaciones del paciente (DSM IV TR, 2002).

Por otro lado, pueden darse situaciones en que la severidad de los síntomas este en un rango y el nivel de funcionamiento en otro rango, en este caso para dar la puntuación global en la escala debe escogerse la peor puntuación (DSM IV TR, 2002).

Con el objetivo de asegurar que no se pasan por alto elementos de la escala el DSM IV TR sugiere el siguiente método:

-Paso 1: empezando por el nivel más alto, evaluar cada rango preguntándose: ¿son la gravedad de los síntomas **O** su nivel de actividad peores de lo que se indica en la descripción del rango? .

-Paso 2: descender en la escala hasta alcanzar el rango que mejor encaja con la gravedad de los síntomas **O** con el nivel de actividad del sujeto.

-Paso 3: examinar el siguiente rango inferior como una doble comprobación, a fin de asegurarse no haberse detenido prematuramente. Este rango debería ser demasiado grave tanto para la gravedad de los síntomas como para el nivel de actividad.

-Paso 4: para determinar la puntuación dentro del rango seleccionado, es necesario saber si el nivel de actividad del sujeto está en el extremo superior, medio o inferior de este rango.

Finalmente, debido a que valora un completo rango de severidad, puede ser utilizada en todos aquellos estudios que precisen una valoración global de la severidad de la enfermedad o del grado de salud-enfermedad. Los autores precisan que no en todos los casos es necesario utilizar la escala completa y que pueden emplearse los primeros o los últimos ítems en función del tipo de estudio diseñado.

En resumen, la EEAG, ha demostrado poseer una adecuada sensibilidad al cambio y ser un buen predictor de reingreso hospitalario. Además, tiene una fiabilidad, con el coeficiente de correlación intraclase, analizado en cinco diferentes estudios, que oscila entre 0,61 y 0,91. Respecto a la validez concurrente se llevó a cabo con el *Mental Status Examination Record (MSER)*, con el *Psychiatric Status Schedule (PSS)* (Endicott J et al, 1975; Spitzer RL et al, 1970).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico fue realizado utilizando el *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS versión 16. En primer lugar los datos fueron examinados para comprobar si cada variable cumplía los requisitos para realizar un análisis paramétrico. Se comprobó que la muestra fuera homogénea en cuanto a las variables demográficas.

Los datos fueron analizados así:

-En la muestra total de 72 pacientes se analizaron:

-las variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios, ocupación y estado civil.

-las variables clínicas: número de años de enfermedad, número de episodios depresivos, maníacos, hipomaniacos y mixtos, meses de remisión clínica (meses sin episodios de enfermedad y se incluyeron los tres meses de eutimia mínimos para valorar los TP) y número de fármacos empleados en el tratamiento.

-la variable puntuación en las escalas del *BFQ*: Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental.

-la variable prevalencia de los TP según la *SCID II*.

-la variable tipos de TP según la *SCID II*.

-la variable valoraciones positivas para los TP según el cuestionario autoaplicado del *IPDE*.

-La variable tipos de TP de acuerdo con las valoraciones positivas para los TP según el cuestionario autoaplicado del *IPDE*.

-la variable puntuación en la escala EEAG.

El análisis estadístico consistió en establecer medias, medianas, modas y desviación estándar en las variables: edad, clínicas, puntuación en el *BFQ* y en la EEAG.

El análisis estadístico de frecuencias, porcentaje valido acumulado se realizó en las variables sexo, nivel de estudios, ocupación, estado civil, valoraciones positivas para los TP según el *IPDE*.

El análisis estadístico de la prevalencia se efectuó mediante el cálculo de la proporción, con su intervalo de confianza del 95% estimado mediante una distribución binomial.

-El grupo de 72 pacientes tras la primera evaluación se dividió en dos: el grupo con comorbilidad con los TP y el grupo sin comorbilidad con los TP, según los resultados obtenidos tras la aplicación de la *SCID II*. En estos grupos se establecieron las diferencias en las variables demográficas, clínicas, en las puntuaciones obtenidas en el *BFQ* y en la EEAG.

Las comparaciones de medias se efectuarán mediante la *t* de Student para datos independientes; las comparaciones de proporciones se efectuarán mediante la prueba exacta de Fisher.

Para establecer diferencias se utilizó el nivel de significación estadística de *p* menor de 0,05.

-El grupo de 70 pacientes que completaron el periodo de seguimiento de seis meses se analizaron:

- la variable porcentajes de pacientes con recaídas en seis meses.
- la variable prevalencia de los TP según la *SCID II* posterior al período de seis meses y se confronta con la prevalencia en la primera valoración.
- la variable tipos de TP según la *SCID II* posterior al período de seis meses.
- la variable porcentajes de valoraciones positivas para los TP según el cuestionario autoaplicado del *IPDE* posterior al período de seis meses. Y se coteja con la prevalencia en la primera valoración.
- la variable tipos de TP según las valoraciones positivas del cuestionario autoaplicado del *IPDE*.
- la variable puntuación en la escala EEAG posterior al período de seis meses. Y se compararán los resultados con los obtenidos en la primera evaluación. Además, se comparan los resultados en la escala EEAG en la primera y segunda valoración en los pacientes con TP y sin TP.

-la variable número de fármacos empleados en el tratamiento posterior al período de seis meses. Y se compararan los resultados con los obtenidos en la primera evaluación. Asimismo, se confrontan la media de fármacos empleados entre el grupo con y sin TP tanto en la primera como en la segunda valoración.

-la variable puntuación en las escalas del *BFQ*: Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental posterior al período de seis meses. Y se compararan los resultados con los obtenidos en la primera evaluación. Asimismo, se confrontan las puntuaciones en las escalas del *BFQ* entre el grupo con y sin TP.

El análisis estadístico de la prevalencia de TP posterior al período de seis meses se efectuará mediante el cálculo de la proporción, con su intervalo de confianza del 95% estimado mediante una distribución binomial.

Las comparaciones de medias se efectuarán mediante la *t* de Student para datos independientes; las comparaciones de proporciones se efectuarán mediante la prueba exacta de Fisher.

-Finalmente, se identifican posibles asociaciones entre las variables clínicas, puntuaciones en las escalas del *BFQ* y en la EEAG con la presencia a no de los TP.

RESULTADOS

Para la muestra de los 72 pacientes que completaron las fases I y II del estudio.

Variables sociodemográficas

TABLA 3. Resumen a los aspectos sociodemográficos más relevantes de la muestra de 72 pacientes

Variables	media	Porcentajes
Edad	44,56 años	
Sexo		47,2 mujeres 52,8 hombres
Estudios		28,8 primarios 30,6 secundarios 19,4 técnicos 29,2 universitarios
Ocupación		11,1 paro 5,6 estudiando 43,1 empleados 8,3 ama de casas 31,9 pensionista o jubilado
Estado civil		34,7 solteros 54,2 casados 6,9 divorciados 4,2 viudos

Teniendo en cuenta la variable edad, la muestra de 72 pacientes tiene una media de 44,56 años, con una mediana de 46 años y una moda de 49 años. La muestra esta conformada por sujetos con una edad mínima de 20 años, una máxima de 67 años y con una desviación estándar de 11,489.

Con respecto al sexo de los 72 sujetos, el 47,2% (34) son mujeres y el 52,8% son hombres. Respecto a el nivel de estudios el 30,6% (22 sujetos) tienen estudios secundarios, el 29,2% (21 sujetos) estudios universitarios, el 20,8% (15 sujetos) estudios primarios y el resto 19,4% estudios técnicos. En este punto, es importante destacar que el parámetro estudios secundarios agrupa el nivel de la ESO y el bachillerato. Además, en estudios universitarios

se incluyeron a individuos con estudios universitarios completos y aquellos que los estaban adelantando en el momento de la realización del estudio, pero no se tuvieron en cuenta a los sujetos que los interrumpieron en el pasado, independiente de las razones para ello. A este último grupo de pacientes se les asignó el nivel de estudios Bachillerato.

En lo referente a la ocupación la mitad de los sujetos se encontraban activos laboralmente, el 43,1% (31) empleados y el 8,3% (6) amas de casa. De los sujetos inactivos laboralmente el 31,9% (23) eran pensionistas o jubilados, el 11,1% (8) estaban en el paro y el resto 5,6% se encontraban exclusivamente estudiando. En el parámetro pensionistas o jubilados se agruparon a los pacientes con pensión por enfermedad mental y a los jubilados por edad, esto por estar inactivos laboralmente de forma permanente. Mientras los individuos en el paro o los estudiantes son laboralmente potenciales. Además, se estableció el rango amas de casa, para aquellas personas que realizan una labor productiva aunque no perciban remuneración por ello.

Por otra parte, los estados civiles más frecuentes fueron casado para el 54,2% (39 sujetos) y soltero para el 34,7% (25 sujetos). La minoría de los pacientes estaban divorciados 6,9% (5 sujetos) y por último el 4,2% viudos. En el parámetro casado se agruparon los individuos con matrimonio civil, católico o religioso y las uniones de hecho registradas en los ayuntamientos. Mientras, en el rango soltero se ubicaron a los que no tenían pareja, a los que convivían con una pareja pero sin legalizar la unión.

Variables clínicas

TABLA 4. Resumen de los aspectos clínicos más relevantes de la muestra de 72 pacientes

Variable	media	Observaciones
Años de enfermedad	17,86 años	71,2% con más de 10 años
Número de episodios depresivos	3,44 episodios	cero a 16 episodios por pte.
Número de episodios maníacos	3,26 episodios	uno a 15 episodios por pte.
Número de episodios hipomaníacos	1,25 episodios	cero a 7 episodios por pte.
Número de episodios mixtos	0,29 episodios	cero a 5 episodios por pte.
Número de meses de remisión clínica	27,10 meses	tres a 211 meses
Número de fármacos empleados en el tto.	2,42 fármacos	uno a cinco fármacos por pte.

Abreviaturas: Tto: tratamiento, Pte: paciente

Respecto a los años de enfermedad la media fue de 17,86 años, con una mediana de 17,50 años, una moda de 12 años y una desviación estándar de 10,405. La muestra estuvo conformada por pacientes con un mínimo de un año de enfermedad y un máximo de 40 años de evolución de la misma. El grupo de sujetos con una enfermedad de larga evolución, si consideramos arbitrariamente el dato de más de 10 años de enfermedad, es el más numeroso representando al 71,2% de los sujetos.

Teniendo en cuenta el número de episodios depresivos la media fue de 3,44 episodios por cada paciente, con una mediana de 3 episodios, dos modas (1 y 3 episodios) y una desviación estándar de 3,175. Asimismo, en la muestra se encontraron pacientes con cero episodios depresivos (9) y uno con el máximo de 16 episodios depresivos a lo largo de su enfermedad. Además, el 79,2% (57) tuvieron de 1 a 7 episodios depresivos en el curso de enfermedad.

Asimismo, en el número de episodios maníacos la media fue de 3,26 episodios por paciente, con una mediana de 3 episodios, una moda de un episodio y con una desviación estándar de 2,421. Asimismo el número de episodios maníacos fue de mínimo uno (en el 29,2% de pacientes) y máximo de 15 (en el 1,4% de los sujetos). Finalmente, el 95,8% de los individuos tuvieron entre 1 a 7 episodios maníacos a lo largo de su enfermedad.

Igualmente, en el número de episodios hipomaniacos por paciente la media fue de 1,25, con una mediana de 0,50, una moda de 0 y una desviación estándar de 1,852. Además, el 50% (36 sujetos) de los pacientes no tuvo ningún episodio hipomaniaco y el 4,2% (3 sujetos) un máximo de 7 episodios hipomaniacos a lo largo de la enfermedad.

De igual forma, en el número de episodios mixtos la muestra tuvo una media de 0,29 episodios, con una mediana de 0,00, una moda de cero y una desviación estándar de 0,830. En este punto la mayoría de los individuos, el 84,7% (61) sujetos no tuvo ningún episodio mixto y el 1,4% (que representa a un sujeto) tuvo 5 episodios mixtos a lo largo de la enfermedad.

Por otra parte, la variable meses de remisión clínica corresponde al número de meses a partir del último episodio de enfermedad, documentado en la historia clínica y/o en la entrevista realizada al paciente, hasta el inicio de la fase II del estudio. Es decir, se

incluyen los tres meses de eutimia según los criterios de van Gorp, indispensables antes de pasar a la fase II, en donde se llevo a cabo la valoración de los TP. Se decidió denominar esta variable remisión clínica y no meses de eutimia, porque cabe la posibilidad de haber existido períodos de tiempo con algunos síntomas, que aunque no configuraran un episodio de enfermedad, no podemos asegurar con total certeza que el paciente se encontrara en el rango de la definición de eutimia según los criterios de van Gorp. Mientras, que los tres meses de eutimia desde el inicio del estudio hasta el final de la fase I si están documentados por medio de la aplicación de dichos criterios, por medio de la aplicación de las escalas correspondientes.

Con lo anterior en mente, la muestra de 72 pacientes tuvo una media de meses de remisión clínica de 27,10 meses, con una mediana de 12,50 meses, con una moda de 3 meses y una desviación estándar de 42,145 meses. El máximo de meses de remisión clínica fue de 211 meses, en otras palabras 17,5 años, esto en el 1,4% de la muestra. Asimismo, el 50% de los sujetos tuvo de 3 a 12 meses de remisión clínica (36 sujetos) y sólo el 7% de 108 meses a 211 meses de remisión clínica (5 individuos).

Finalmente, en relación con el número de fármacos empleados en el tratamiento de los pacientes, en la muestra se obtuvo una media de 2,42 fármacos por paciente, con una mediana de 2, una moda de 2 y una desviación estándar de 1,275. En este grupo de pacientes se utiliza mínimo un fármaco y máximo cinco medicamentos. Además, en el 77,8% de los pacientes (56 sujetos) se empleaban por lo menos 3 fármacos.

El tipo de fármacos empleados en el tratamiento de los pacientes puede apreciarse en la tabla 2.

Variable puntuación en las escalas del Cuestionario “Big Five” o de los Cinco Grandes- *BFQ*

Es importante destacar que el *BFQ* divide las puntuaciones obtenidas por los sujetos, en cada escala, en cinco grados:

TABLA 5. Puntuaciones en las escalas del
BFQ

GRADO	VALOR	Adjetivo primero
5	66-99	Muy (mucho)
4	56-65	bastante
3	46-55	moderadamente
2	36-45	poco
1	1-35	Muy poco

Abreviatura *BFQ*: Cuestionario “Big Five” o de los Cinco Grandes

Las instrucciones indican que al exponer los resultados a los sujetos se les está describiendo como personas que están en un espectro que va desde el extremo de muy o mucho a muy poco, según sea la característica que intenta captar la escala. Por lo tanto, la puntuación en número se transforma en una descripción. En la descripción se comienza con el adjetivo primero y a continuación se emplean los adjetivos segundos (ver tabla 6). Un ejemplo de lo anterior es, un sujeto A obtiene 40 puntos en la escala Energía, tendría un grado 2 en la dimensión y se le describiría con el adjetivo primero poco y con los adjetivos segundos dinámico, extrovertido, dominante, en resumen poco dinámico, extrovertido y dominante.

Es importante puntualizar el anterior aspecto, ya que la valoración de los rasgos de personalidad por medio del *BFQ*, es dimensional.

En el modelo dimensional los sujetos se mueven dentro de un espectro que va de menos a más, mientras en un modelo por categoría el individuo tiene o no la característica que se está examinando.

Asimismo, el modelo dimensional aporta la riqueza de los matices al evaluar la personalidad de los pacientes.

Finalmente, el modelo de los Cinco Grandes, se deriva de teorías de personalidad factoriales y emplea a los adjetivos para dar forma a estos factores.

TABLA 6. Resumen de los adjetivos empleados en la descripción de las dimensiones del *BFQ*

DIMENSIONES Y SUDIMENSIONES	ADJETIVOS SEGUNDOS MAS USUALES
E Energía	Dinámico, extrovertido y dominante
Di Dinamismo	Dinámico y activo
Do Dominancia	Dominante y asertivo
A Afabilidad	Altruista, comprensivo y tolerante
Cp Cooperación	Cooperador y afectivo
Co Cordialidad	Cordial y cortes
T Tesón	Responsable, ordenado y diligente
Es escrupulosidad	Meticuloso y preciso
Pe Perseverancia	Perseverante y tenaz
EE Estabilidad Emocional	Equilibrado, tranquilo y paciente
Ce Control de emociones	Capaz de dominar sus emociones
Ci Control de impulsos	Capaz de dominar sus impulsos
AM Apertura Mental	Creativo, fantasioso e informado
Ac Apertura a la cultura	Abierto a intereses de tipo cultural
Ae Apertura a la experiencia	Abierto a lo nuevo, a ideas y valores diferentes

Abreviatura *BFQ*: Cuestionario “Big Five” o de los Cinco Grandes

Los resultados en la muestra de los 72 pacientes que completaron la fase I y II señalan:

TABLA 7. Aspectos relevantes de los resultados en la evolución dimensional según el *BFQ*

Dimensiones	Media	Mediana	Descripción de los sujetos
Energía	37,28	37	El 79,2% son muy poco a poco dinámicos, extrovertidos y dominantes.
Afabilidad	49,69	47	El 60% son moderadamente a muy altruistas, comprensivos y tolerantes.
Tesón	37,43	34	El 73,6% son muy poco a poco ordenados, responsables y diligentes.
Estabilidad Emocional	49,72	50	El 61,1% son moderadamente, bastante a muy equilibrados, tranquilos y pacientes.
Apertura Mental	36,57	33	El 79,2% son muy poco a poco creativos, fantasiosos y bien informados.

Abreviatura *BFQ*: Cuestionario “Big Five” o de los Cinco Grandes

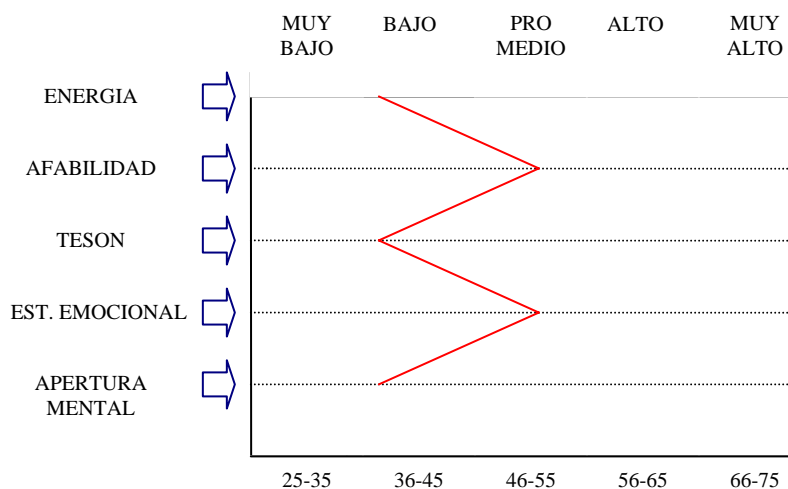


GRAFICO 1. PERFIL BFQ PRIMERA VALORACION

Respecto a la escala **Energía** la puntuación media fue de 37,28, con una mediana de 37, una moda de 27 y con una desviación estándar de 11,546. La puntuación mínima fue de 27 y la máxima de 73. Además, el 48,6% (35 sujetos) obtuvieron puntuaciones por debajo de 35 lo que corresponde con un grado 1, con el adjetivo primero muy bajo y los segundos adjetivos dinámico, extrovertido y dominante. El 30,6% (22 sujetos) obtuvieron una puntuación entre 36 y 45 lo que corresponde con un grado 2, con el adjetivo primero poco y los mismos adjetivos segundos. Mientras el 11,1% (8 sujetos) obtuvieron puntuaciones de 46 hasta 55, que corresponden con un grado 3, con el adjetivo moderadamente y los mismos adjetivos segundos. Igualmente, el 6,9% tuvo puntuaciones de grado 4, con primer adjetivo bastante y sólo el 2,8% obtuvo puntuaciones de más de 66, para un grado 5, con el adjetivo primero muy o mucho y los mismos adjetivos segundos.

Con los datos antes descritos se puede afirmar que más 70% de los 72 sujetos con TB tipo I se describen como muy poco a poco dinámicos, extrovertidos o dominantes, es decir, introvertidos. Los anteriores hallazgos son similares a los informados por Parker y

colaboradores, quienes obtienen puntuaciones con medias en las escalas de Energía (o Extroversión) de 33,5 y similar a lo expuesto por Nowakowska y colaboradores quienes encontraron que los pacientes con TB no obtienen puntuaciones altas en esta dimensión (Parker et al, 2004; Nowakowska C et al, 2005). Pero, contrasta con lo encontrado por Bagby y colaboradores quienes encontraron que los sujetos con TB tipo I eutimicos obtuvieron puntuaciones promedio en la escala de la dimensión Energía (extroversión) (Bagby et al, 1996).

En relación con la escala **Afabilidad**, la puntuación media fue de 49,69, con una mediana de 47, una moda de 73 y una desviación estándar de 15,320. Las puntuaciones mínimas fueron de 27 y las máximas de 73. En esta escala el 25,0 % de la muestra obtuvieron puntuaciones por debajo de 35 lo que se corresponde con un grado 1, con primer adjetivo muy poco y segundos adjetivos altruista, comprensivo y tolerante, que se aplicaran para todos los grados. Mientras, el 23,6% con puntuaciones de 46 a 55 para un grado 3 con primer adjetivo moderadamente y el 22,2% con puntuaciones por encima de 66 para un grado 5 con un primer adjetivo muy. Mientras, los grados 2 y 4 están representados con los porcentajes más bajos del 13,9 y 13,3 % y primer adjetivo poco y bastante respectivamente. En resumen, en esta escala casi el 60% de los sujetos obtuvieron puntuaciones que corresponden a una afabilidad de moderada a muy, en otras palabras individuos descritos como moderadamente altruistas, comprensivos y tolerantes. Asimismo, Parker y colaboradores, encuentran en la escala Afabilidad una puntuación baja (para un primer adjetivo poco) con una media de 42,5, mientras en nuestra investigación la media corresponde a una puntuación promedio (Parker et al, 2004).

Por otra parte, en la escala **Tesón** los pacientes consiguieron puntuaciones con una media de 37,43 puntos, con una mediana de 34, una moda de 27 y una desviación estándar de 11,281. Las puntuaciones mínimas fueron de 27 y las máximas de 66. El 54,2 % (39 sujetos) obtuvieron puntuaciones por debajo de 34 puntos para un grado 1 con un primer adjetivo muy poco y segundos adjetivos para todos los grados ordenado, responsable y diligente. El grado 2 estuvo representado por el 19,4% de los sujetos a los que se asigna como primer adjetivo poco. El tercer porcentaje en orden correspondió al grado 3 con un

18,1% y un primer adjetivo moderadamente. Mientras sólo el 4,1% y 4,2% de los individuos se situaron en el grado 4 y 5 con adjetivos bastante y muy respectivamente.

En resumen, los resultados para esta escala indican que 73,6% de la muestra se puede describir en términos de muy poco y poco ordenados, responsables y diligentes. Similares hallazgos han sido informados en la escala Tesón con una media de 38,3 para los sujetos con TB tipo I (Parker et al, 2004).

Con respecto a la dimensión **Estabilidad Emocional** la puntuación tuvo una media de 49,72, con una mediana de 50, dos modas una de 27 y otra de 73 y una desviación estándar de 14,900. Las puntuaciones mínimas fueron de 27 y las máximas de 73. En este caso el grado más representado fue el 3 con primer adjetivo moderadamente y con segundos adjetivos equilibrado, tranquilo y paciente. Los grados 4 y 5 correspondieron al 19,4% y 18,1% de los sujetos a los cuales se les describe con los primeros adjetivos de bastante y muy. A su vez, los grados 1 y 2 son el 22,2% y el 16,7% de los sujetos con primeros adjetivos muy poco y poco. En esta dimensión a más de la mitad de los sujetos (61,1%) se les puede describir como de moderadamente, bastante y muy equilibrados, tranquilos y pacientes. Mientras, Parker y colaboradores encuentran en la escala Estabilidad Emocional (versus Neuroticismo) una media de 45, lo que es equiparable a una puntuación baja mientras en nuestro estudio la puntuación es promedio (Parker et al, 2004).

Esta dimensión también es llamada por su polo opuesto inestabilidad emocional o neuroticismo. En este sentido los resultados se pueden interpretar como que el 38,9% de los sujetos tendrían muy poca a poca estabilidad emocional o en otros términos altos niveles de neuroticismo, similar descripción es aplicable para las puntuaciones informadas por Parker y colaboradores, pero en este estudio como media para toda la muestra. Asimismo, Rötting y colaboradores, señalan bajas puntuaciones en la escala Estabilidad Emocional (Rötting et al, 2007). Es importante anotar que en los estudios antes mencionados los pacientes no estaban eutímicos, sino con episodios depresivos y mixtos respectivamente.

Finalmente, en la dimensión **Apertura Mental** los pacientes obtuvieron puntuaciones con una media de 36,57, con una mediana de 33, con una moda de 27 y con una desviación estándar de 10,319. Las puntuaciones mínimas fueron de 27 y las máximas de 66. En esta

dimensión el 54,2% de los sujetos tenían puntuaciones para el grado 1, con un primer adjetivo de muy poco y segundos adjetivos creativo, fantasioso y bien informado –los cuales se aplican a todos los grados-. El grado 2 correspondió al 25% de los individuos con un primer adjetivo de poco. A su vez, el grado 3 al que se aplica el primer adjetivo moderadamente correspondió al 15,2% de los pacientes. Igualmente, el 4,2 y el 1,4% fueron los porcentajes para los grados 4 y 5 con primeros adjetivos bastante y mucho, respectivamente. En resumen, la gran mayoría de los sujetos el 79,2% se pueden describir como muy poco a poco creativos, fantasiosos y bien informados. Parker y colaboradores, también señalan en la escala Apertura Mental (o Apertura) puntuaciones similares con una media de 39,2, que ubica a los sujetos en un nivel bajo, con una descripción similar a la de nuestra muestra. Lo antes descrito contrasta con lo encontrado por Nowakowska y colaboradores, quienes concluyen en su estudio que los pacientes con TB tienen altas puntuaciones en la dimensión de apertura, comparables a las de estudiantes de carreras artísticas y mayores que las de un grupo control (Nowakowska et al, 2005).

Prevalencia de los Trastornos de la Personalidad según criterios DSM IV

La prevalencia de los TP según criterios del DSM IV, valorados con la *SCID II* fue del 31,9% (23 sujetos). Esta prevalencia es cercana a lo reportado por los estudios que señalan datos en el rango del 22 al 38% (Charney DS et al, 1981; Carpenter et al, 1995; Kay JH et al, 1999; Vieta E et al, 2001; Kay JH et al 2002; Brieger et al, 2003, George et al, 2003; Garino JL et al, 2005 y Rötting D et al, 2007). Mientras, se aparta de los hallazgos en el rango del 45 al 70,8% encontrado por otras investigaciones (Pica S et al, 1990; O'Connell RA et al, 1991; Penselow P et al, 1995; Barbaton y Hafner J, 1998; Üçok A et al, 1998; Dunayevich et al, 1996 y 2000; Keown P et al, 2000; Schianove et al, 2004; Grant et al, 2005; Loftus ST et al, 2006). Asimismo, es una cifra intermedia al 41,9% y al 42,2% descrita en Rossi et al, 2001 y Mantere O et al, 2006.

Por otro lado, la prevalencia del 31,9% para los TP es similar al 31,78% y al 38% halladas por Vieta E et al, en 2001 y Kay JH et al, en 1998 y en 2002, respectivamente. Las investigaciones antes citadas reunieron las siguientes condiciones: se efectuaron con muestras de pacientes con el TB tipo I con los criterios de eutimia claramente definidos, el instrumento de valoración de los TP aplicado fue la *SCID II* y administrada por psiquiatras entrenados en uso de la misma. Sin embargo, es importante destacar que el 38% encontrado en las investigaciones realizadas por Kay JH et al en 1998 y en 2002, se puede asociar al tipo de muestra: claro predominio masculino (96% hombres) con el antecedente de trastornos por uso de alcohol en el 38% de los sujetos.

Igualmente, hay varios estudios con cifras de prevalencia de TP alrededor del 30% aunque las muestras de sujetos no reúnan los criterios de eutimia pero si fueron evaluados con la *SCID II* (Brieger et al, 2003; George et al, 2003, Garo JL et al, 2005 y Rötting et al, 2007).

Los tipos de Trastornos de la Personalidad más frecuentes tras la administración de la *SCID II* según los criterios del DSM IV

TABLA 8. Tipos de Trastornos de la Personalidad según *SCID II* tras la fase II

TIPO DE TP	Porcentaje	Observaciones
TP Evitativo	8,3% (6)	Similar a lo señalado en seis estudios
TP Mixto	8,3% (6)	Sujetos con más de un tipo de TP, según siete estudios
TP Límite	4,3% (3)	Orden de frecuencia igual a lo descrito en seis estudios
TP Antisocial	2,8% (2)	Semejante a otros estudios
TP Dependiente	2,8% (2)	Semejante a otros estudios
TP Obsesivo-compulsivo	2,8% (2)	Semejante a otros estudios
TP Paranoide	1,4% (1)	Semejante a otros estudios
TP Esquizotípico	1,4% (1)	Semejante a otros estudios

Abreviatura: SCID II (entrevista clínica estructurada según el DSM IV para los Trastornos de la Personalidad)

Por otra parte, los tipos de Trastornos de la Personalidad más frecuentes en la muestra de los 23 pacientes con comorbilidad fueron los Trastorno de Personalidad Evitativo en el 8,3% (6 sujetos) y los Trastornos de la Personalidad Mixto en el 8,3% (6 sujetos). En el presente estudio se clasificaron como Trastorno de la Personalidad Mixto a los pacientes con pautas diagnósticas para dos o más tipos de personalidad (por e.j. pacientes que presentaban puntuación umbral o verdadera en 5 pautas diagnosticas del TP Límite y en 5 del TP Histriónico sin evidente predominio de uno u otro tipo). En otros estudios a este tipo de pacientes les asignan dos diagnósticos, uno por cada tipo del TP. Este tipo de situaciones se puede explicar porque en las clasificaciones por categorías de los TP, todos los criterios diagnósticos tienen el mismo peso y no se encuentran jerarquizados según sean síntomas primarios o secundarios, en otras palabras, rasgos centrales y síntomas secundarios a estos rasgos nucleares.

Respecto al TP Evitativo como uno de tipos más frecuentes ha sido el hallazgo de diversos estudios (Üçok et al, 1998; Dunayevich et al, 1996,2000; Grant et al, 2005; Loftus ST et al, 2006 y Rötting D et al, 2007).

En relación con la presencia de varios tipos de TP en un mismo paciente, se encontraron los tipos de TP Narcisista, TP Histriónico y TP Pasivo-agresivo combinados entre sí y los cuales se clasificaron como TP Mixtos. En estos casos, los sujetos tuvieron puntuaciones umbrales en el número de criterios necesarios para el diagnóstico de los tipos de TP antes mencionados. Es decir, no predominó un tipo de TP sobre otro en cuanto al número de criterios con puntuación umbral, por lo que al sujeto se le deben asignar los dos tipos de TP, a esta situación llamamos TP Mixto. No encontramos ningún sujeto con más de dos tipos de TP.

Asimismo, hay investigaciones que exponen la presencia de varios tipos de TP en un mismo sujeto: Üçok et al 1998 (17 individuos con dos tipos de TP), Dunayevich et al, 2000 (8 pacientes con dos tipos de TP), Vieta E et al, 2001 (aproximadamente 9 sujetos con dos tipos de TP), Know P et al, 2002 (más o menos 19 pacientes con por lo menos dos tipos de TP), George et al, 2003, (4 con dos tipos de TP y hasta 4 tipos de TP en un solo sujeto),

Garno JL et al, 2005 (17 pacientes con dos tipos de TP), Loftus ST y Jaeger J, 2006 (3 individuos con dos tipos de TP). Igualmente, Grant et al, 2005 y Mantere O et al, 2006 (investigaciones en donde la mayor parte de los sujetos tenían más de un tipo de TP). Por último, Brieger et al, 2003 concluye que los pacientes con TB y comorbilidad con TP tienen de media 1,5 tipos de TP.

Por otra parte, el siguiente tipo de trastorno de la personalidad en frecuencia fue el Trastorno de la Personalidad Límite con el 4,2% (3 sujetos). Esto coincide con lo señalado por diversos autores en sus estudios, en los cuales el TP Límite no es el primero en frecuencia sino el segundo, tercero o cuarto (Pica S et al, 1990; Úçok et al, 1998; Rossi et al, 2001; Vieta E et al, 2001; Keown et al, 2002; Brieger et al, 2003. Mientras en otras investigaciones plantean que el tipo de TP más usual en los pacientes con TB es el TP Límite (O`Connell et al, 1991; Barbato N y Hafner J, 1998; Schiavone et al, 2004; Garno JL et al, 2005; Mantere O et al, 2006; Loftus ST y Jaeger J, 2006).

Finalmente, los otros tipos de Trastornos de la Personalidad detectados fueron el TP Antisocial, el TP Dependiente y el TP Obsesivo-Compulsivo, estos con un 2,8% para cada uno (2 sujetos para cada tipo). A su vez, los tipos de TP menos frecuentes fueron el TP Paranoide y el TP Esquizotípico, estos un 1,4% para cada tipo (1 sujeto para cada tipo). Además, no se encontraron pacientes con pautas para el diagnóstico para los siguientes tipos: el TP Esquizoide y el TP Depresivo.

Variable valoración positiva para los Trastornos de la Personalidad según el resultado del cuestionario autoaplicado del IPDE

Las instrucciones en el resumen de la puntuación del cuestionario de evaluación del IPDE Módulo DSM IV, indican que si tres o más ítems dan positivo para un Trastorno de la personalidad, el sujeto debe ser entrevistado. Además, los clínicos y los investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa para ellos de los errores de

sensibilidad o de especificidad. Por la relevancia en el estudio de los errores de sensibilidad y de especificidad se adopta el estándar de cuatro ítems, como mínimo, positivos en la puntuación final, para considerar la evaluación positiva para los TP. Aunque, la entrevista *SCID II* se realizó en todos los sujetos de la muestra independiente del resultado del cuestionario autoaplicado del *IPDE*.

Además, las recomendaciones del cuestionario indican que no puede ser usado como instrumento de diagnóstico, por eso hablamos de valoraciones positivas y no de diagnósticos de TP. Una valoración positiva debe ser corroborada por medio de una entrevista clínica estructurada. En la práctica clínica se recomienda aplicar antes el cuestionario autoplicado del *IPDE* y dirigir la entrevista según los tipos de TP valorados positivamente. Mientras en la investigación la recomendación es administrar toda la entrevista estructurada, independiente de los resultados de los cuestionarios autoaplicados.

Asimismo, si un sujeto presentaba más de cuatro ítems positivos en varios tipos de TP, se eligió el TP que más ítems reunía. De igual forma, si registraban dos o más tipos de TP con mínimo cuatro ítems positivos para cada uno, se clasificaba como TP Mixto.

Teniendo en cuenta lo anterior, la frecuencia de evaluaciones positivas para los Trastornos de la Personalidad por medio de la administración del cuestionario autoaplicado del *IPDE*, en la muestra de 72 pacientes fue del 48,6%. Otros estudios, efectuados con este instrumento encuentran cifras del 58% de TP en TB (O'Connell RA, 1991). Igualmente, estudios con el punto de corte en tres ítems o más muestran cifras en general mayores del 60% de TP en los pacientes con Trastornos Mentales (ansiedad y depresión) y estas disminuyen a un máximo del 24% cuando emplean como punto de corte 6 o más ítems. Igualmente la frecuencia de tipos de TP más usuales cambia drásticamente al utilizar el punto este punto de corte (Pérez U et al, 2005).

Al comparar la prevalencia de los TP diagnosticados con la *SCID II* del 31,9% y la frecuencia de valoraciones positivas de los mismos con el autoreporte del *IPDE* del 48,6%, la diferencia entre los datos encontrados es estadísticamente significativa con una $p=0,001$. Lo anterior, es semejante a lo expuesto por otras investigaciones (Carpenter et al, 1995). Asimismo, con otras herramientas autoaplicadas, como el cuestionario para los TP del

DSM III R, también encuentran disparidad entre las cifras de TP cuando se comparan con las halladas por medio del uso de la entrevista clínica estructurada, 62% versus 38%, respectivamente (Kay JH et al, 1999).

Con lo antes expuesto, se puede afirmar que los TP tienen a ser sobre detectados con el instrumento autoaplicado del *IPDE*.

Por otra parte, la validez del diagnóstico de los TP con instrumentos de autoreporte es escasa como lo señalan diversos autores, quienes afirman que este tipo de instrumentos tienden a errores de sensibilidad y especificidad (Framer RF, 2000). Por lo anterior en el presente estudio no mencionamos datos de prevalencia sino de valoraciones positivas para TP con cuestionario autoaplicado del *IPDE*. En resumen, el uso idóneo de este tipo de instrumentos es como herramienta de detección de los TP, para luego llevar a cabo una entrevista clínica estructurada y confirmar o descartar la presencia de un TP (Loranger AW, 1992,1994; Cuestionario autoaplicado del *IPDE* módulo del DSM IV, 1994; Widiger TA, 2002).

Variable de valoración positiva para los tipos de Trastornos de la Personalidad según el resultado del cuestionario autoaplicado del *IPDE*

TABLA 9. Tipos de Trastornos de la Personalidad tras la fase II según cuestionarios autoaplicado del *IPDE* y la *SCID II*

TIPO DE TP	Auto- <i>IPDE</i>	<i>SCID II</i>
TP Evitativo	12,5 %	8,3%
TP Mixto	11,1%	8,3%
TP Límite	4,2%	4,3%
TP Dependiente	4,2%	2,8%
TP Obsesivo-compulsivo	4,2%	2,8%
TP Esquizoide	2,8%	0%
TP Histriónico	2,8%	0%
TP Narcisista	2,8%	0%
TP Esquizotípico	1,4%	1,4%
TP Antisocial	1,4%	2,8%
TP Paranoide	0%	1,4%

Abreviaturas: *IPDE* (entrevista internacional para los TP)

SCID II (entrevista clínica estructurada para los TP)

TP Trastornos de la Personalidad

Los tipos de TP más frecuentes fueron TP Evitativo con el 12,5%, el TP Mixto 11,1%, y en tercer lugar conyugal porcentaje del 4,2% el TP Límite, el TP Dependiente y el TP Obsesivo-compulsivo. Igualmente, en cuarto lugar con el 2,8% para el TP Esquizoide, TP Histriónico y el TP Narcisista. Y en último lugar con el 1,4% el TP Esquizotípico y el TP Antisocial. En cuanto a los tres tipos de TP más usuales siguen siendo los mismos que los encontrados tras la valoración con la *SCID II*, aunque varía su porcentaje de presentación. Igualmente, aparecen otros tipos de TP como el TP Esquizoide, el TP Histriónico, el TP Narcisista, los cuales no se hallaron tras la *SCID II*. Mientras, el TP Antisocial, no se detecta con el cuestionario autoaplicado del *IPDE* y sí con la entrevista *SCID II*.

Variable de puntuación en la Escala de Evaluación de la Actividad Global

TABLA 10. Rangos de los resultados en la
EEAG

Rango en la escala	Porcentaje de ptes.
51-60	19,4%
61-70	15,3%
71-80	20,9%
81-90	29,1%
91-100	15,3%

Abreviaturas
Ptes: pacientes
Escala de Evaluación de la Actividad Global

Al evaluar el nivel de funcionamiento global de los pacientes, se encontraron puntuaciones obtenidas en la escala EEAG con una media de 78,19, una mediana de 80, una moda de 60 y una desviación estándar de 12,680. La puntuación mínima en la EEAG fue de 60 y la máxima de 95. Los datos antes expuestos son semejantes a puntuaciones en el rango de 71-

80 de la EEAG encontradas en otros estudios (Kay JH et al, 2002; Tabarés-Seisdedos R et al, 2008) pero diferentes a lo señalado por otros autores, quienes encuentran puntuaciones menores en la escala en el rango de 61-70 (Carpenter et al, 1995). Las puntuaciones en el rango de 71-80 y mayores corresponden a sujetos eutimicos, sin sintomatología aguda que interfiera con su nivel de funcionamiento. Es importante destacar, que al emplear la EEAG, se tomo en cuenta la recomendación de sólo cumplimentarla en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Y siguiendo las instrucciones: “no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales” (DSM IV TR, 2002).

Las puntuaciones medias encontradas se corresponden con un rango de funcionamiento descrito como la presencia de una ligera alteración en la actividad social, laboral o escolar. Y en el contexto clínico, síntomas transitorios que constituyen reacciones esperables ante agentes estresores psicosociales. A su vez, la puntuación mínima de 60 equivale a dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar y en la clínica a síntomas moderados. Mientras la puntuación máxima 95 concierne a actividad satisfactoria en amplia gama de actividades y sin síntomas.

Asimismo, al desglosar las puntuaciones obtenidas por los sujetos en los diferentes rangos de la EEAG, encontramos que el 19,4% tienen un rango de 51-60 como el descrito al mencionar la puntuación mínima. El 15,3% están en el rango 61-70 cuya descripción es alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar y síntomas leves. El 20,9% está en el nivel de 71-80 como el detallado al exponer el rango medio en la muestra. El 29,1% se ubican en el rango 81-90 definido como buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades y síntomas ausentes o mínimos. Y finalmente, el 15,3% están en el rango más alto de 91-100, individuos con actividad satisfactoria en todas las áreas y asintomáticos.

Resultados al comparar el grupo de pacientes con TB tipo con y sin TP

Variables demográficas

TABLA 11. Variables demográficas en pacientes con TP y sin TP					
	Con TP		Sin TP		
Variables	Medias	Porcentajes	Medias	Porcentajes	<i>p</i>
Edad	45,39		44,16		0,175
Sexo		43,5 mujeres 56,5 varones		49 mujeres 51 varones	0,081
Estudios		26,1 primarios 17,4 secundarios 17,4 técnicos 39,1 universitarios		18,4 primarios 36,7 secundarios 20,4 técnicos 24,5 universitarios	0,310
Ocupación		4,3 paro 4,3 estudiando 30,4 empleados 13 amas de casa 47,8 jubilados		14,3 paro 6,1 estudiando 49 empleados 6,1 amas de casa 24,5 jubilados	0,031
Estado Civil		47,8 solteros 39,1 casados 13 divorciados		28,6 solteros 61,2 casados 4,1 divorciados 6,1 viudos	0,223

Abreviaturas

TP Trastorno de la personalidad

Edad: Los pacientes con TB tipo I y comorbilidad con TP tuvieron una edad media 45,39, con una mediana de 47, una moda de 49 y una desviación estándar de 9,413. Con una edad mínima de 25 y una máxima de 67 años.

Los pacientes con TB tipo I y sin comorbilidad con TP tuvieron una edad media de 44,16, una mediana de 45, una moda de 50 y una desviación estándar de 12,415. Con una edad mínima de 20 y una máxima de 66 años.

En esta variable la diferencia no fue estadísticamente significativa con (N=72; Chi cuadrado=46,676; df=35; *p* de dos colas=0.175).

Sexo: los sujetos con comorbilidad con TP la distribución por sexos fue así mujeres 43,5% y varones 56,5%. En el grupo sin comorbilidad con TB fue así mujeres 49% y varones 51%. En este aspecto no hay diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de hombres y mujeres en ambos grupos (Fisher $p=0,081$).

Nivel de estudios: los individuos con comorbilidad con TP la distribución según este parámetro fue así estudios primarios el 26,1%, secundarios en el 17,4%, técnicos en el 17,4% y universitarios en el 39,1%. En el grupo sin comorbilidad con TP estudios primarios en el 18,4%, secundarios en el 36,7%, técnicos en el 20,4% y universitarios en el 24,5%. En este punto la distribución de los porcentajes para cada nivel de estudios no tiene diferencias estadísticamente significativas ($p=0,310$).

Ocupación: los pacientes con comorbilidad se encontraron en este parámetro distribuidos así el 4,3% (1) en el paro, el 4,3% (1) estudiando, el 30,4% (7) empleados, el 13% (3) ama de casa y el 47,8% (11) jubilados. Los pacientes sin comorbilidad con TP en el paro el 14,3% (7 sujetos), estudiando el 6,1% (3), empleados el 49% (24), amas de casa el 6,1% (3) y jubilados el 24,5% (12). Respecto a la distribución de los niveles de ocupación si hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0.031$). En el grupo con comorbilidad con TP hay más jubilados o pensionistas y en el grupo sin comorbilidad hay más personas empleadas (43,71% versus 24,4%, respectivamente).

Estado Civil: el grupo con TP estaba soltero el 47,8% (11), casado el 39,1% (9) y divorciado el 13%. El grupo sin TP estaba soltero el 28,6% (14), casado el 61,2% (30), divorciado 4,1% (2) y viudo el 6,1% (3). En la distribución de los tipos de estado civil en ambos grupos no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,294$).

Variables clínicas

TABLA 12. Comparación en las variables clínicas entre pacientes con TP y sin TP

Variables	Con TP	Sin TP	P
Años de enfermedad	18,6 años	17,67 años	0,262
Número de episodios depresivos	3,74	3,31	0,516
Número de episodios maníacos	2,83	3,47	0,729
Número de episodios hipomaníacos	1,17	1,29	0,883
Número de episodios mixtos	0,30	0,29	0,582
Número de meses de remisión clínica	16,83	31,92	0,822
Número de fármacos empleados tto	2,96	2,16	0,020

Abreviaturas

TP trastorno de la personalidad

Tto tratamiento

Años de enfermedad: en este punto los sujetos con comorbilidad con TP tuvieron una media de 18,6, una mediana de 19, una moda de 12 y una desviación estándar de 9,785. Con un mínimo de 4 años y máximo de 38 años de evolución de la enfermedad. Los sujetos sin comorbilidad con TP una media de 17,67, una mediana de 17, una moda de 21 y una desviación estándar de 10,777. Con mínimo un años y máximo 40 años de evolución de la enfermedad. En este aspecto, no hay diferencias significativas entre el grupo de pacientes con comorbilidad y sin ella ($N=72$; Chi cuadrado=37,731; $df=33$; p de dos colas=0,262).

Número de episodios depresivos: aquí el grupo con comorbilidad con TP tuvo una media de 3,74, una mediana de 3, una moda de 3 y una desviación estándar de 2,508. Con un mínimo de cero y un máximo de 10 episodios. El grupo sin comorbilidad con TP con un número de episodios depresivos con una media de 3,31, una mediana de 2, una moda de 1 y

una desviación estándar de 3,459. Desde cero a máximo 16 episodios depresivos. En cuanto al número de episodios depresivos no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con comorbilidad o sin ella. (N=72; Chi cuadrado=12,147; df=13; p de dos colas=0,516).

Número de episodios maníacos: en el grupo de sujetos con comorbilidad con TP hubo una media de 2,83, una mediana de 3, una moda de 1 y una desviación estándar de 1,969. Con mínimo uno y máximo ocho episodios. En los sujetos sin comorbilidad hubo una media de 3,47, una mediana de 3, una moda de 1 y una desviación estándar de 2,599. Con mínimo uno y máximo 15 episodios. En cuanto al número de episodios maníacos no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con comorbilidad o sin ella. (N=72; Chi cuadrado=5,263; df=8; p de dos colas=0,729).

Número de episodios hipomaníacos: en el grupo con comorbilidad con TP la media fue de 1,17, la mediana de 0,00, la moda de cero y la desviación estándar de 1,775. Desde cero a máximo siete episodios. En el grupo sin comorbilidad la media fue de 1,29, la mediana de 1, la moda de 0 y la desviación estándar de 1,904. Desde cero a máximo 7 episodios. En el número de episodios hipomaniacos no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con comorbilidad o sin ella. (N=72; Chi cuadrado=3,021; df=7; p de dos colas=0,883).

Número de episodios mixtos: los individuos con TP tuvieron una media de 0,30, una mediana de cero, una moda de cero y una desviación estándar de 0,765. Desde cero a máximo tres episodios. Los individuos sin TP tuvieron una media de 0,29, una mediana de 0, una moda de cero y una desviación estándar de 0,866. Desde cero a máximo cinco episodios. En este punto no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con comorbilidad o sin ella. (N=72; Chi cuadrado=2,856; df=4; p de dos colas=0,582).

Meses de remisión clínica: el grupo de pacientes con comorbilidad con TP tuvo una media de 16,83, con una mediana de 12, una moda de 3 y una desviación estándar de 2,309. Un mínimo de tres y un máximo de 108 meses. El grupo sin comorbilidad con TP tuvo una media de 31,92, con una mediana de 15, modas de 3,5 y 9 y una desviación estándar de

48,29. Con mínimo tres y máximo 211 meses de remisión clínica. Respecto a los meses de remisión clínica no hay diferencias significativas entre el grupo de pacientes con comorbilidad y sin ella. (N=72; Chi cuadrado=28,148; df=36; p de dos colas=0,822).

Número de fármacos: en los sujetos con TP la media fue de 2,96, la mediana de 3, la moda de 3 y la desviación estándar de 1,186. Con mínimo uno y un máximo cinco fármacos empleados en el tratamiento. Los sujetos sin comorbilidad con TP la media fue de 2,16, la mediana de 2, la moda de 1 y una desviación estándar de 1,247. Con mínimo uno y máximo 5 fármacos empleados en el tratamiento. Respecto a la media de fármacos empleados por cada paciente tanto en el grupo con TP y en el grupo sin TP la diferencia es estadísticamente significativa. (N=72; Chi cuadrado=11,683; df=4; p de dos colas=0,020).

(Para el tipo de fármacos empleados ver tabla 2).

Respecto a las diferencias entre las variables podemos concluir que sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de fármacos empleados en el tratamiento.

Los pacientes con comorbilidad con los trastornos de la personalidad emplean un mayor número de fármacos en su tratamiento.

Con relación al resto de variables clínicas no hubo diferencias estadísticamente significativas

El tipo de fármacos empleados en el tratamiento puede apreciarse en la tabla 2.

Variable puntuaciones en las escalas del BFQ en pacientes con TB tipo I con y sin comorbilidad con los TP

TABLA 13. Comparativa de las puntuaciones en el BFQ			
	Con TP	Sin TP	
Dimensiones	media	media	P
Energía	35,52	38,10	0,380
Afabilidad	42	53	0,005
Tesón	37,61	37	0,928
Estabilidad Emocional	37,96	55,24	0,001
Apertura Mental	35,17	37,2	0,436

Abreviaturas

TP Trastorno de la personalidad

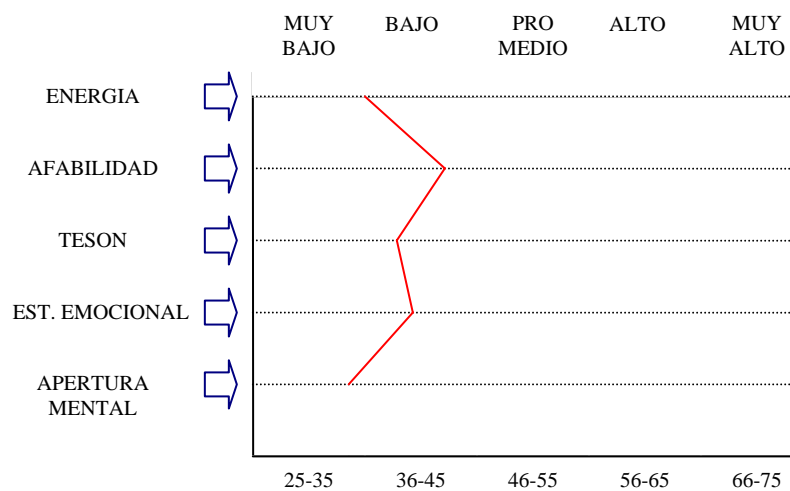


GRAFICO 2. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

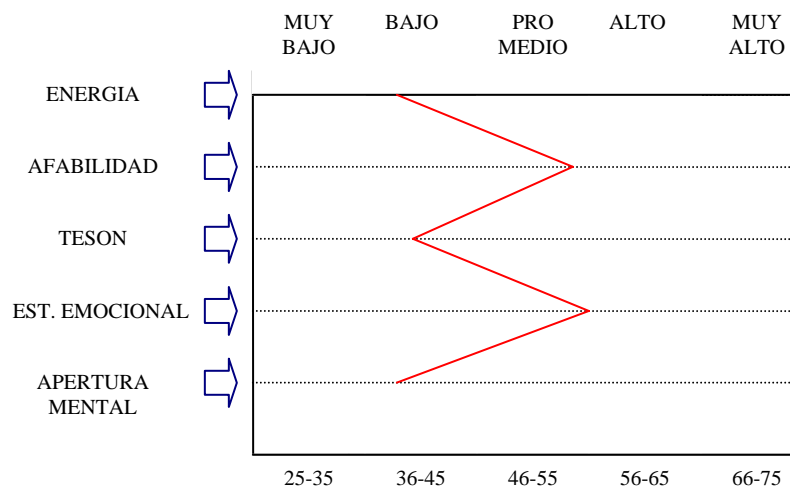


GRAFICO 3. PERFIL BFQ PACIENTES con TB TIPO I SIN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Escala **Energía**. En esta escala los sujetos con comorbilidad tuvieron puntuaciones con una media de 35,52, una mediana de 27, una moda de 27 y una desviación estándar de 12,954. Con puntuaciones fluctuantes entre mínimo 27 y máximo 73. Los sujetos sin comorbilidad con TP tuvieron puntuaciones con una media de 38,10, una mediana de 37, una moda de 27 y una desviación estándar de 18,867. Con puntuaciones que oscilan entre mínimas de 27 y máximas de 73. Entre las puntuación obtenidas en la escala energía en los pacientes con y sin TP no hay diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,380$.

Escala **Afabilidad**. Respecto a esta escala las puntuaciones del grupo con TP tuvieron una media de 42, una mediana de 40, una moda de 27 y una desviación estándar de 15,144. Con oscilaciones entre mínimas de 27 y máximas de 73. En el grupo sin TP tuvieron una media de 53, una mediana de 54, una moda de 73 y una desviación estándar de 14,315. Con fluctuaciones entre mínimas de 27 y máximas de 73. Entre las puntuaciones obtenidas por el grupo de individuos con TP y sin TP si hay diferencias estadísticamente significativas con una $p=0.05$.

Escala **Tesón**. Aquí las puntuaciones en los individuos con comorbilidad con TP la media fue de 37,61, la mediana de 37, la moda de 27 y una desviación estándar de 11,676. Con márgenes en las puntuaciones entre mínimo 27 y máximo 66. En los individuos sin comorbilidad con TP la media fue de 37, la mediana de 34, la moda de 27 y una desviación estándar de 11,213. Con márgenes en las puntuaciones entre 27 y 66. Entre las puntuaciones obtenidas por los pacientes con TP y sin TP no hay diferencias estadísticamente significativas con una $p=0.928$.

Escala **Estabilidad Emocional**. En el grupo de sujetos con comorbilidad las puntuaciones tuvieron una media de 37,96, una mediana de 34, una moda de 27 y una desviación estándar de 11,499. Con puntuaciones entre mínimas de 27 y máximas de 60. En el grupo sin comorbilidad con TP la media fue de 55,24, la mediana de 56, la moda de 73 y la desviación estándar de 13,050. Con puntuaciones entre mínimas de 27 y máximas de 73. Entre las puntuaciones obtenidas en el grupo con TP y en el grupo sin TP si hay diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,001$.

Escala Apertura Mental. En los individuos con comorbilidad con TP las puntuaciones obtenidas tuvieron una media de 35,17, una mediana de 29, una moda de 27 y con una desviación estándar de 10,722. Con puntuaciones oscilando entre mínimas de 27 y máximas de 66. En los individuos sin comorbilidad con TP la media fue de 37,2, la mediana de 34, la moda de 27 y la desviación estándar de 10,170. Con puntuaciones fluctuando entre mínimas de 27 y máximas de 60. Entre las puntuaciones obtenidas por los pacientes con TP y los sin TP no hay diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,436$.

En resumen, los pacientes con comorbilidad con TP tienen puntuaciones menores en las escalas Afabilidad y Estabilidad Emocional que los sujetos sin comorbilidad con TP. En otras palabras, el grupo con TP posee un perfil de personalidad diferente del grupo sin TP.

Variable de la puntuación en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

TABLA 14. Comparativa de puntuaciones en la EEAG			
	Con TP	Sin TP	
Escala	media	media	<i>p</i>
Puntuación global	62,83	85,41	0,001
Abreviaturas TP Trastorno de la personalidad Escala de evaluación de la actividad global			

La puntuación en la escala de EEAG en el grupo de pacientes con comorbilidad con los TP tuvo una media de 62,83, una mediana de 60, una moda de 60 y una desviación estándar de 3,969. Con oscilaciones entre mínimo 60 y máximo 70. En el grupo de pacientes in comorbilidad con los TP la media fue de 85,41, con una mediana de 85, una moda de 90 y una desviación estándar de 8,026. Las puntuaciones fluctuaron entre mínimas de 65 y máximas de 95. Entre las puntuaciones obtenidas en la EEAG en los sujetos con

comorbilidad con TP y los sin comorbilidad con TP la diferencia es estadísticamente significativa con una(N=72; Chi cuadrado=64,887; df=7; p de dos colas=0,001).

Resultados para la muestra de los 70 pacientes que completaron las fases I, II y III del estudio

Es importante, anotar que a los seis meses de seguimiento, continuaron en el estudio 70 sujetos, lo que representa un porcentaje de continuidad del 97,2 %. Además, los dos pacientes que no continuaron en el estudio fueron por las siguientes causas uno por suicidio consumado (este paciente tenía comorbilidad con un Trastorno de la Personalidad Esquizotípico y era de sexo masculino) y el otro paciente por abandono del Programa de Trastorno Bipolar del Hospital Puerta de Hierro (este paciente también presentaba un Trastorno de la Personalidad tipo mixto –Dependiente y Límite- y de sexo femenino). Además, al 100% de los pacientes se les aplicaron todos los instrumentos propuestos en la metodología. Tanto al 100% de los 72 que iniciaron el estudio como al 100% de los 70 que finalizaron el estudio.

Variable porcentaje de pacientes con recaídas en los seis meses de seguimiento

TABLA 15. Porcentaje de recaídas en seis meses de seguimiento		
	%	(n)
En los 70 pacientes	21,4	(15)
En pacientes con TP	15	(3)
En pacientes sin TP	24,5	(12)

Abreviaturas
TP trastorno de la personalidad
n número

Respecto al porcentaje de pacientes que recayeron en los seis meses de seguimiento fue de solo el 21,4% (15 sujetos), todos con una recaída y ninguno con dos o más recaídas. El 78,6% (55 sujetos) de los pacientes restantes se mantuvieron eutímicos según los criterios de van Gorp.

Al valorar este punto se consideraron recaídas a episodios de enfermedad que requirieron ingreso hospitalario, así como períodos de síntomas que configuraran un episodio de enfermedad, aunque se manejara ambulatoriamente o a pacientes con puntuaciones en las escalas de Hamilton para depresión y Young para manía por encima de las puntuaciones de eutimia.

El porcentaje de pacientes que recayó en el grupo que presentó comorbilidad con los TP fue del 15% (3) y en el grupo sin comorbilidad con los TP fue del 24,5% (12). Entre los porcentajes de recaídas en ambos grupos la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,527$).

Variable prevalencia de los Trastornos de la Personalidad según la *SCID II* posterior al período de observación de seis meses

La prevalencia de Trastornos de la Personalidad en la segunda evaluación, en los 70 pacientes que continuaron el estudio, fue del 28,6% (20 sujetos). Mientras en la primera valoración fue del 31,9% (23 sujetos). La disminución en el número de sujetos con TP se puede explicar por la pérdida de los dos sujetos del estudio (ambos con comorbilidad con Trastornos de la Personalidad). Además, el otro un paciente, de sexo masculino, a quien en la segunda valoración se le continuaron detectado los rasgos de personalidad paranoide pero en esta ocasión con puntuaciones subumbriles en la *SCID II* por lo cual hay que descartar el diagnóstico del Trastorno de Personalidad Paranoide y en el eje II consignar presencia de rasgos de personalidad paranoide.

Por otro lado, ninguno de los pacientes sin TP en la primera valoración pasó a tener algún TP en la segunda valoración.

Entre los porcentajes de prevalencia de los TP en la primera valoración y en la segunda la no hay diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.317$).

La prevalencia se mantuvo cercana al 30%, si se asumiera que los dos sujetos perdidos en el seguimiento mantuvieran el diagnóstico del TP en la segunda valoración, en realidad sólo un paciente pasa de tener a no tener un TP.

En resumen, las prevalencias de los Trastornos de la Personalidad en los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I eutímicos según los criterios de van Gorp y tras los seis meses de observación no tienen diferencia estadísticamente significativa. Los Trastornos de la Personalidad valorados según la *SCID II* son estables en el tiempo de seguimiento.

Variable tipos de Personalidad de la Personalidad según la *SCID II* posterior al período de observación de seis meses

TABLA 16. Tipos de Trastornos de la Personalidad tras la fase III

TIPO DE TP	% 1ª SCID II	% 2ª SCID II
TP Evitativo	8,3 (6)	8,3 (6)
TP Mixto	8,3 (6)	5,6 (4)
TP Límite	4,3 (3)	2,8 (2)
TP Antisocial	2,8 (2)	2,8 (2)
TP Dependiente	2,8 (2)	4,3 (3)
TP Obsesivo-compulsivo	2,8 (2)	4,3 (3)
TP Paranoide	1,4 (1)	0
TP Esquizotípico	1,4 (1)	0

Abreviatura SCID II (entrevista clínica estructurada para los Trastornos de la Personalidad según el DSM IV)

Los resultados tras efectuar la segunda valoración de los TP muestran que los tipos mas frecuentes continuaron siendo el Trastorno de Personalidad Evitativo 8,3% (6 sujetos) y el Trastorno de Personalidad Mixto, aunque en este último disminuyó el porcentaje de sujetos, que pasó del 8,3% (6) al 5,6% (4 sujetos). Con respecto a la disminución del número de individuos en el TP Mixto, es importante tener en cuenta que uno de los sujetos que abandonó el estudio tenía este tipo de TP y el otro paciente tras la segunda valoración pasó del tipo de TP Mixto al tipo de TP Obsesivo-compulsivo. En este último caso, los rasgos del TP Obsesivo-compulsivo mantuvieron las puntuaciones umbrales, mientras los rasgos del TP Límite obtuvieron puntuaciones subumbrales.

Por otra parte, en tercer lugar de frecuencia aparecen los TP Dependiente y TP Obsesivo-compulsivo, cada uno con un 4,3% (3 sujetos). Desplazando al TP Límite al cuarto lugar junto con el TP Antisocial, cada uno con 2,8% (2 sujetos). Lo anterior, se puede explicar así uno de los pacientes con TP Límite (de sexo femenino) en la segunda valoración obtuvo puntuaciones umbrales en la *SCID II* para el TP Dependiente y subumbrales para el TP Límite.

Los casos antes expuestos, puede asociarse a la inestabilidad diagnóstica del TP Límite en el tiempo encontrada en diversas investigaciones (Ekselius et al, 2001; Zanarini M et al, 2003,2005; Paris J, 2005).

Igualmente, desaparecieron los TP Esquizotípico (uno de los pacientes perdidos por suicidio consumado) y el TP Paranoide (el paciente que paso de puntuaciones umbrales a puntuaciones subumbrales en la segunda valoración).

Asimismo, no se encontraron los tipos de TP Narcisista, TP Histriónico y TP Pasivo-agresivo puros sino combinados entre sí y los cuales se clasificaron como TP Mixtos.

Igualmente, en esta valoración no se encontraron más de dos tipos de TP en un mismo paciente.

Asimismo, no se detecto ningún TP tipo depresivo.

Variable valoración positiva para los Trastornos de la Personalidad según el cuestionario autoaplicado del IPDE tras el período de observación de seis meses

Respecto al porcentaje de valoraciones positivas para los TP según en el cuestionario autoaplicado del *IPDE*, tras los seis meses de seguimiento se encontró un porcentaje de valoraciones positivas del 35,7%. En la primera valoración este porcentaje fue del 48,6%. Entre estos porcentajes si hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,017$).

Se puede observar una disminución en el porcentaje de valoraciones positivas, lo que podría estar vinculado, a que la segunda vez que los pacientes lo contestan ya han pasado por una primera entrevista clínica estructurada, en la cual obviamente se tocan los mismos aspectos pero en profundidad, con anécdotas y explicaciones adicionales. Teniendo en cuenta lo antes mencionado, puede existir un aprendizaje, por lo tanto el sujeto contesta con mayor veracidad el cuestionario autoaplicado.

En resumen, las valoraciones positivas de los Trastornos de la Personalidad según el cuestionario autoaplicado del *IPDE* no son estables en el tiempo.

Variable valoración positiva para los Trastornos de la Personalidad según el cuestionario autoaplicado del IPDE tras el período de observación de seis meses

TABLA. 17 Comparativa de Tipos de Trastornos de la Personalidad tras la fase III según el autoaplicado del IPDE

TIPO DE TP	1º IPDE	2º IPDE
TP Evitativo	12,5 %	10%
TP Mixto	11,1%	8,6%
TP Límite	4,2%	1,4%
TP Dependiente	4,2%	2,9%
TP Obsesivo-compulsivo	4,2%	2,9%
TP Esquizoide	2,8%	1,4%
TP Histriónico	2,8%	2,9%
TP Narcisista	2,8%	5,7%
TP Esquizotípico	1,4%	0%
TP Antisocial	1,4%	1,4%
TP Paranoide	0%	0%

Abreviatura TP Trastorno de la Personalidad; IPDE (entrevista internacional para los TP)

En relación con las valoraciones positivas según el *IPDE* para los tipos de TP, el más frecuente fue el TP Evitativo con el 10%, seguido de los TP Mixto con el 8,6% y el TP Narcisista con el 5,7%. En cuarto lugar de frecuencia se encontró con el 2,9% para cada uno a los TP Obsesivo-compulsivo, TP Dependiente y TP Histriónico. Y en quinto lugar con el 1,4% para cada uno los TP Esquizoide, TP Antisocial y TP Límite.

Finalmente, las valoraciones positivas para los tipos de Trastornos de la Personalidad según el cuestionario autoaplicado del *IPDE* en los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I tras seis meses de seguimiento, más frecuentes son en primer lugar el TP Evitativo, en segundo el TP Mixto y en tercero el TP Narcisista. Los porcentajes son diferentes según el cuestionario autoaplicado respecto a lo encontrado con la *SCID II*. Además, las valoraciones de los TP, tanto en porcentajes como en tipos, con el instrumento de autoevaluación del *IPDE*, no son estables en el tiempo.

Variable puntuación en la Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG tras los seis meses de seguimiento

TABLA 18. Rangos de los resultados en la EEAG tras seis meses

Rango en la escala	Porcentaje de ptes.	
	1º valoración	2º valoración
51-60	19,4 %	15,7 %
61-70	15,3 %	11,4%
71-80	20,9 %	28,6 %
81-90	29,1 %	31,4%
91-100	15,3%	12,9 %

Abreviaturas

EEAG: escala de evaluación de la actividad global

Ptes: pacientes

Teniendo en cuenta las puntuaciones en la EEAG tras los seis meses de seguimiento clínico los sujetos obtuvieron puntuaciones con una media de 79, con una mediana de 80, una moda de 90 y una desviación estándar de 11,783. Las puntuaciones fluctuaron entre mínimos de 60 y máximos de 95.

La media expuesta se corresponde con el rango de la EEAG que va de 71-80, el cual está descrito como un nivel de funcionamiento en el que sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar y en el aspecto clínico síntomas transitorios que constituyen reacciones esperables a ante agentes estresantes psicosociales.

Al comparar las medias obtenidas en la puntuación en la EEAG en la primera valoración y en la actual, encontramos que no hay diferencia estadísticamente significativa. Es decir, la media en la puntuación en la EEAG en la primera evaluación fue de 78,71 y la media en la actual valoración fue de 79, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,454$).

Por otro lado, al desglosar las medias obtenidas según los rangos de la EEAG se obtienen puntuaciones similares a las expuestas en la primera valoración.

En resumen, la media en la puntuación en la EEAG en los sujetos a los seis meses de seguimiento se mantiene sin cambios.

Lo antes expuesto se puede asociar al alto porcentaje de sujetos que se mantienen eutímicos tras los seis meses de seguimiento.

Por otra parte, los hallazgos tras la aplicación de la EEAG en los pacientes sin comorbilidad con los TP tras los seis meses de seguimiento la puntuación tuvo una media de 85,31, una mediana de 85, una moda de 90 y una desviación estándar de 7,101. Con puntuaciones entre los márgenes de 75 a 95. Mientras en los pacientes con comorbilidad con los TP puntuación tuvo una media de 64,29, una mediana de 60, una moda de 60 y una desviación estándar de 5,763. Las puntuaciones oscilaron entre 60 y 80. Esta diferencia en las puntuaciones entre los pacientes sin comorbilidad y con comorbilidad de TP es estadísticamente significativa. ($N=72$; Chi cuadrado= 64,487; $df=7$; p de dos colas=0,0001).

En resumen, las diferencias en las puntuaciones en la EEAG entre los pacientes con comorbilidad con TP y los sin comorbilidad con TP se mantienen en el tiempo de seguimiento.

Igualmente, los pacientes con comorbilidad con TP en la primera valoración tuvieron en las puntuaciones en la EEAG una media de 62,83 y en la segunda 64,29. Al comparar las medias de la primera valoración y de la segunda no hay diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,171$.

A su vez, los sujetos sin comorbilidad tuvieron en las puntuaciones de la EEAG en la primera evaluación una media de 85,41 y en la segunda de 85,31. Al comparar las medias de la primera valoración y de la segunda no hay diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,799$.

En resumen, en los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I el nivel de funcionamiento global medido con la Escala de Evaluación de la Actividad Global, tras los tres meses de eutimia así como después del período de seguimiento de seis meses se mantuvo en el rango de 71-80 (medias 78 y 79). Además, El nivel de funcionamiento global se puede asociar al alto porcentaje de pacientes que se mantuvo eutímico en el período de seguimiento: 78,6%.

Variable número de fármacos empleados en el tratamiento en la muestra de 70 pacientes tras los seis meses de seguimiento

Respecto, al número de fármacos empleados en el tratamiento tuvo una media de 2,50, con una mediana de 2, una moda de 2 y una desviación estándar de 1,482. Esta vez el número de fármacos osciló entre un mínimo de uno por paciente a un máximo de ocho por paciente. Un paciente requirió de ocho fármacos, dos de seis fármacos. Los pacientes restantes entre uno y cinco fármacos.

TABLA 19. Tratamientos farmacológicos en los pacientes con TB tipo I

Fármacos	Ptes /Porcentajes	
	Al inicio (N 72)	Al final (N 70)
Estabilizadores		
Ninguno	3 (4,1)	2 (2,8)
Uno	47 (65,2)	44 (62,8)
Dos	21 (29,1)	23 (32,8)
Tres	1 (1,3)	1 (1,4)
Litio	54 (75)	50 (71,4)
Valproato	13 (18,1)	15 (21,4)
Carbamacepina	2 (2,8)	2 (2,9)
No	3 (4,2)	2 (2,9)
Antipsicóticos		
Ninguno	41 (56,9)	40 (57,1)
Olanzapina	12 (16,7)	11 (15,7)
Risperdal	7 (9,7)	5 (7,1)
Quetiapina	6 (8,3)	5 (7,1)
Clozapina	2 (2,8)	3 (4,3)
Otros (ziprasidona,	4 (5,6)	6 (8,6)
Benzodiacepinas		
SI	14 (19,4)	14 (20)
No	58 (80,6)	56 (80)
Antidepresivos		
SI	12 (16,7)	13 (18,6)
NO	60 (83,3)	57 (81,4)
Hipnótico		
SI	13 (18,1)	8 (11,4)
NO	59 (81,9)	6 (8,6)

Abreviaturas
Ptes: pacientes
N: números

Al comparar las medias de fármacos en la primera evolución de los sujetos que fue de 2,41 con la media tras los seis meses de observación, 2,50, la diferencia no es estadísticamente significativa con una $p=0,471$.

En resumen, a lo largo del tiempo no se modifica la media de fármacos empleados en el tratamiento de los pacientes. Por otra parte, lo antes mencionado puede estar asociado al

hecho que el 78,6% de los pacientes permanecen eutímicos en los seis meses de seguimiento.

En relación con los fármacos empleados en los sujetos con comorbilidad con los TP en la primera valoración tuvo una media de 3 y en la segunda valoración fue de 3,10, sin diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,693$.

Y en los individuos sin comorbilidad con los TP la media en la primera valoración estuvo en 2,16 y en la segunda 2,24, también sin diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,552$.

Mientras, al comparar las medias de fármacos empleados en los sujetos con comorbilidad con TP y en los individuos sin TP en la primera valoración, la diferencia es estadísticamente significativa con un $p=0,020$. Asimismo, al comparar las medias en la segunda valoración la diferencia es estadísticamente significativa con una $p=0,012$. En otras palabras, los sujetos con comorbilidad continúan empleando fármacos con una media mayor que los individuos sin comorbilidad con los TP.

Variable puntuaciones en las escalas de las dimensiones del BFQ en los 70 pacientes que completaron las fases I, II y III

TABLA 20. Puntuaciones medias del BFQ en 70 sujetos tras los seis meses de seguimiento

Dimensiones	Media		Descripción de los sujetos
	1º BFQ	2º BFQ	
Energía	37,50	37,61	El 75,7% son muy poco a poco dinámicos, extrovertidos y dominantes.
Afabilidad	50,13	47,96	El 55,7% son moderadamente a muy altruistas, comprensivos y tolerantes.
Tesón	37,66	37,33	El 77,1% son muy poco a poco ordenados, responsables y diligentes.
Estabilidad Emocional	49,96	48,31	El 62,6% son moderadamente, bastante a muy equilibrados, tranquilos y pacientes.
Apertura Mental	36,54	35,10	El 80% son muy poco a poco creativos, fantasiosos y bien informados.

Abreviatura BFQ Cuestionario Big Five o de los Cinco Grandes

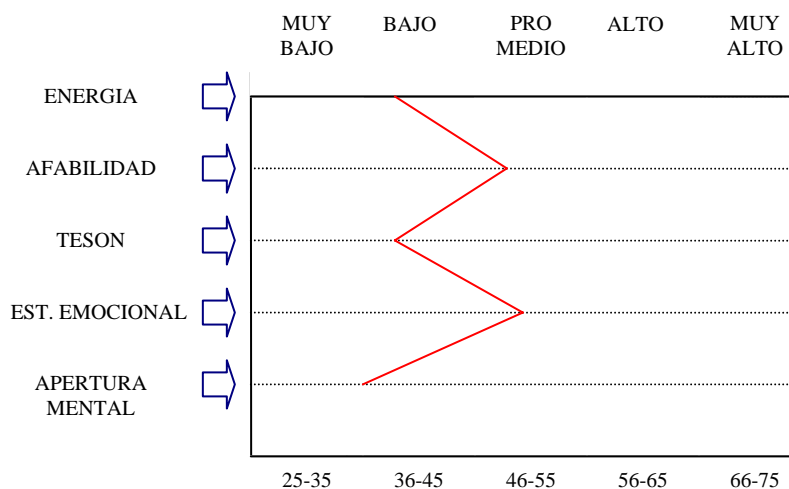


GRAFICO 4. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I TRAS SEIS MESES

Respecto a la dimensión **Energía** la puntuación obtenida tras los seis meses de observación tuvo una media de 37,61, con una mediana de 32, una moda de 27 y una desviación estándar de 12,300. Las puntuaciones oscilaron entre mínimos de 27 y máximos de 73.

Además, el 54,3% de los sujetos obtuvieron puntuaciones para el grado 1, con primer adjetivo muy poco y segundos adjetivos dinámico, extrovertido y dominante-los cuales se aplican a todos los grados-. Igualmente, el 21,4% se ubicaron en el grado 2, con primer adjetivo poco. Mientras, sólo el 8,6% de los individuos estuvieron en el grado 3, con primer adjetivo moderadamente, así como el 11,4% en el grado 4, con primer adjetivo bastante y finalmente, el 4,3% en el grado 5, con primer adjetivo muy. Según lo antes descrito se puede afirmar que el 75,7 % de los pacientes se describen como muy poco y poco dinámicos, extrovertidos y dominantes. Esta descripción para el 70% de los sujetos es igual a la realizada en la primera valoración con el BFQ. (Para los grados ver tabla 5).

En relación con la escala **Afabilidad** tras los seis meses de seguimiento la puntuación tuvo una media de 47,96, con una mediana de 47, dos modas una de 27 y otra de 42 y una desviación estándar de 13,415. Las puntuaciones fluctuaron entre mínimas de 27 y

máximas de 73. En esta escala el 20% de los sujetos obtuvieron puntuaciones que corresponden al grado 1, con primer adjetivo muy poco y segundos adjetivos altruista, comprensivo y tolerante, los cuales se aplicaran para todos los grados. El 24,3% se ubicó en el grado 2, con primer adjetivo poco. Mientras, el 25,7% de los individuos en el grado 3, con primer adjetivo moderadamente, el 14,3% en el grado 4, primer adjetivo bastante y el 15,7% en el grado 5, con primer adjetivo muy. Los grados 3, 4 y 5 suman el 55,7% de los pacientes, por lo que se pueden describir como moderadamente, bastante y muy altruistas, comprensivos y tolerantes. La descripción antes mencionada es igual a la efectuada tras la primera valoración.

Por otra parte, en la escala **Tesón** las puntuaciones conseguidas por los sujetos en la segunda valoración tuvieron una media de 37,33, una mediana de 32, una moda de 27 y una desviación estándar de 11,878. Las puntuaciones fluctuaron entre un mínimo de 27 y un máximo de 71. Además, el 55,7 % de los sujetos obtuvieron puntuaciones que los ubican en el grado 1, con un primer adjetivo muy poco y segundos adjetivos para todos los grados de ordenado, responsable y diligente. El grado 2 estuvo representado por el 21,4% de los individuos a los que se asigna como primer adjetivo poco. El tercer porcentaje en orden correspondió al grado 3 con un 12,9%, con un primer adjetivo moderadamente. Mientras sólo el 7,1% y 2,9% de los individuos se situaron en el grado 4 y 5, con primeros adjetivos bastante y muy, respectivamente. Respecto a esta dimensión se puede afirmar que el 77,1% de los pacientes pueden ser descritos como muy poco a poco ordenados, responsables y diligentes. La afirmación antes expuesta es la misma que la realizada tras la primera valoración en relación con la dimensión Tesón.

Con respecto a la dimensión **Estabilidad Emocional** los pacientes obtuvieron tras la segunda aplicación puntuaciones con una media de 48,31, una mediana de 48, una moda de 27 y una desviación estándar de 14,161. Los márgenes de las puntuaciones estuvieron entre un mínimo de 27 y un máximo de 73. En este caso el grado más representado fue el 3 con el 25,5% primer adjetivo moderadamente y con segundos adjetivos equilibrado, tranquilo y paciente. Los grados 4 y 5 correspondieron al 22,8% y 14,3% de los sujetos a los cuales se les describe con los primeros adjetivos de bastante y muy. A su vez, los grados 1 y 2 en el

22,9% y el 18,5% de los sujetos con primeros adjetivos muy poco y poco. En esta dimensión a más de la mitad de los sujetos (62,6%) se les puede describir como moderadamente, bastante y muy equilibrados, tranquilos y pacientes. Lo antes descrito es igual a lo afirmado tras la primera valoración de esta dimensión.

Finalmente, en la dimensión **Apertura Mental** los pacientes, tras los seis meses de seguimiento, obtuvieron puntuaciones con una media de 35,10, una mediana de 31, una moda de 27 y una desviación estándar de 10,115. Las puntuaciones oscilaron entre 27 y 66 de mínimo y máximo respectivamente. En esta dimensión el 61,4% de los sujetos tenían puntuaciones para el grado 1, con un primer adjetivo muy poco y segundos adjetivos creativo, fantasioso y bien informado –los cuales se aplican a todos los grados-. El grado 2 correspondió al 18,6% de los individuos con un primer adjetivo de poco. A su vez, el grado 3 al que se aplica el primer adjetivo moderadamente correspondió al 15,7% de los pacientes. Igualmente, el 2,9 y el 1,4% fueron los porcentajes para los grados 4 y 5 con primeros adjetivos bastante y mucho, respectivamente. En resumen, el 80% de los sujetos se podrían definir como muy poco a poco creativos, fantasiosos y bien informados. Lo antes mencionado se corresponde totalmente con lo descrito tras la primera valoración de la escala Apertura Mental

Los resultados de las comparaciones entre las puntuaciones obtenidas en la primera valoración y tras la segunda con el BFQ, muestran los siguientes hallazgos:

TABLA 21. Comparación de las puntuaciones medias del
BFQ en 70 sujetos
tras los seis meses de seguimiento

Dimensiones	Media		<i>p</i>
	1º BFQ	2º BFQ	
Energía	37,50	37,61	0,821
Afabilidad	50,13	47,96	0,012
Tesón	37,66	37,33	0,528
Estabilidad Emocional	49,96	48,31	0,002
Apertura Mental	36,54	35,10	0,004

Abreviaturas
BFQ *Big Five Questionnaire*- Cuestionario de los cinco grandes

-En la escala **Afabilidad** la media en la puntuación obtenida en la primera evaluación fue de 50,13 y la media en la segunda evaluación fue de 47,96, esta diferencia entre las puntuaciones obtenidas es estadísticamente significativa con una p de 0,012. Lo anterior muestra que las puntuaciones descendieron en el tiempo y que este descenso es significativo.

-En la escala **Estabilidad emocional** la media en la puntuación obtenida en la primera evaluación fue de 49,96 y la media en la segunda evaluación fue de 48,31, esta diferencia obtenida entre las puntuaciones es estadísticamente significativa con una p de 0,002. Esto nos permite decir que la puntuación obtenida en esta escala ha descendido en el tiempo de seguimiento.

-En la escala de **Apertura mental** la media de la puntuación obtenida en la primera evaluación fue de 36,54 y la media en la segunda evaluación fue de 35,10, esta diferencia obtenida entre las puntuaciones es estadísticamente significativa con una p de 0,004. Asimismo, muestra un descenso en las puntuaciones obtenidas a lo largo del tiempo.

-En la escala **Energía** la media de la puntuación en la primera evaluación fue de 37,50 y la media en la puntuación obtenida en la segunda evaluación fue de 37,61, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,821$).

-En la escala **Tesón** la media en la puntuación obtenida en la primera evaluación fue de 37,66 y la media en la puntuación obtenida en la segunda evaluación fue de 37,33, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,58$).

En resumen, las medias obtenidas, en la muestra de **70** sujetos que completaron la fase III del estudio, en las escalas **Afabilidad, Estabilidad emocional y Apertura Mental** hay diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en la evaluación inicial y las obtenidas en la evaluación realizada tras los seis meses de seguimiento.

Mientras en las escalas de **Energía y Tesón**, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en las dos mediciones realizadas. Lo anterior permite decir que no hubo cambios a lo largo del tiempo en estas escalas.

Por otro lado, al analizar los datos obtenidos en las puntuaciones en las escalas de las dimensiones de BFQ, tanto en la primera valoración como en la segunda tras los seis meses de seguimiento, en el grupo de pacientes con comorbilidad con los Trastornos de la Personalidad, se encontró lo siguiente:

TABLA 22. Puntuaciones medias del BFQ en los sujetos con TP tras los seis meses de seguimiento

Dimensiones	Media		<i>P</i>
	1º BFQ	2º BFQ	
Energía	36,10	36,14	0,937
Afabilidad	43,19	41,71	0,153
Tesón	38,38	37,38	0,438
Estabilidad Emocional	37,62	36,71	0,130
Apertura Mental	34,95	33,86	0,142

Abreviatura BFQ Cuestionario Big Five o de los Cinco Grandes

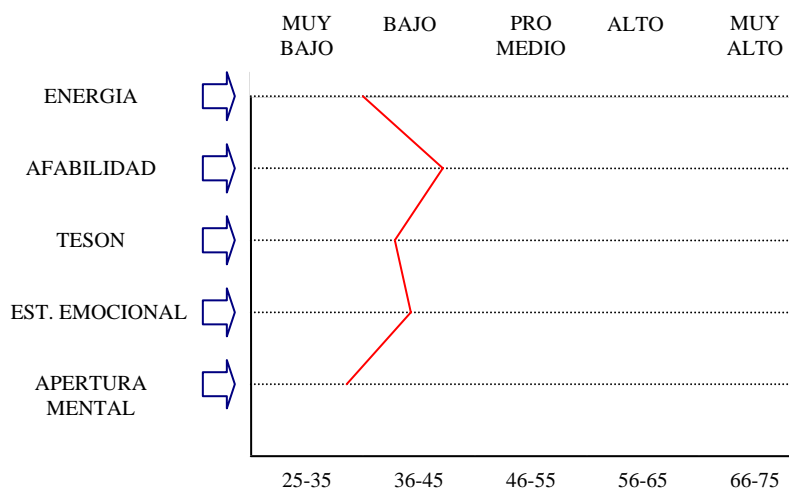


GRAFICO 5. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I Y TP TRAS SEIS MESES

-La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Energía** en la primera evaluación y en la segunda fueron de 36,10 y 36,14 respectivamente, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa con una $p=0,937$.

-La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Afabilidad** en la primera y en la segunda evaluación estuvieron en 43,19 y 41,71 respectivamente, esta diferencia no es estadísticamente significativa con una $p=0,153$.

-La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Tesón** en la primera y en la segunda evaluación, correspondió a 38,38 y 37,38 respectivamente, esta diferencia no es estadísticamente significativa con una $p=0,438$.

-La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Estabilidad emocional** en la primera y en la segunda evaluación, fue de 37,62 y 36,71 respectivamente, la diferencia no es estadísticamente significativa con una $p=0,130$.

-La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de apertura mental en la primera y en la segunda evaluación, correspondió al 34,95 y 33,86 respectivamente, la diferencia no es estadísticamente significativa con una $p=0,142$.

En resumen, los pacientes con TB tipo I y comorbilidad con los TP, en las puntuaciones obtenidas tanto en la primera evaluación como en la segunda, en las escalas energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional y apertura mental, no hay diferencias estadísticamente significativas.

En resumen, en los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I y comorbilidad con los Trastornos de la personalidad las puntuaciones en todas las escalas del *BFQ*, obtenidas tras los tres meses de eutimia así como después del período de seguimiento no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

En resumen, el perfil de personalidad según el *BFQ* en los pacientes con comorbilidad con los TP muestra un patrón rígido, inflexible que no varía en el tiempo.

Mientras, al analizar los datos obtenidos en las puntuaciones en las escalas del BFQ tanto en la primera como en la segunda valoración en los sujetos sin comorbilidad con los TP encontramos lo siguiente:

TABLA 23. Puntuaciones medias del BFQ en los sujetos sin TP tras los seis meses de seguimiento

Dimensiones	Media		<i>p</i>
	1º BFQ	2º BFQ	
Energía	38,10	38,24	0,834
Afabilidad	53,10	50,63	0,033
Tesón	37,35	37,31	0,937
Estabilidad Emocional	55,24	53,29	0,007
Apertura Mental	37,22	35,66	0,012

Abreviatura BFQ Cuestionario Big Five o de los Cinco Grandes

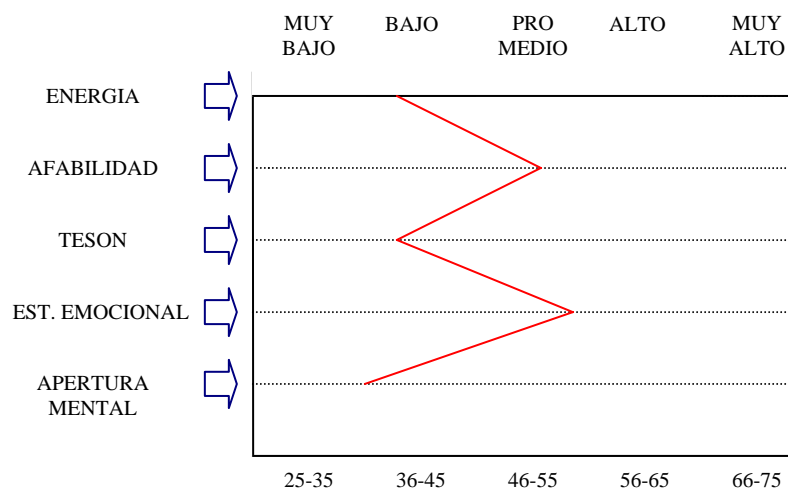


GRAFICO 6. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I SIN TP TRAS SEIS MESES

- La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Energía** en la primera evaluación y en la segunda, corresponden a 38,10 y 38,24 respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas con una $p=0,834$.
- La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Afabilidad** en la primera y en la segunda evaluación, son 53,10 y 50,63 respectivamente, la diferencia es estadísticamente significativa con una $p=0,033$.
- La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Tesón** en la primera y en la segunda evaluación, fueron 37,35 y 37,31 respectivamente, la diferencia no es estadísticamente significativa con una $p=0,937$.
- La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Estabilidad emocional** en la primera y en la segunda evaluación, estuvieron en 55,24 y 53,29 respectivamente, la diferencia es estadísticamente significativa con una $p=0,007$.
- La media en las puntuaciones obtenidas en la escala de **Apertura mental** en la primera y en la segunda evaluación, correspondieron a 37,22 y 35,63 respectivamente, esta diferencia es estadísticamente significativa con una $p=0,012$.

En resumen, en los pacientes con TB tipo I sin comorbilidad con los TP las puntuaciones obtenidas, tanto en la primera evaluación como en la segunda, en las escalas afabilidad, estabilidad emocional y apertura mental tienen diferencias estadísticamente significativas. Esta variación en las puntuaciones podría asociarse a que las puntuaciones en las mencionadas escalas corresponden a marcadores de estado. A su vez, podría afirmarse que los sujetos sin comorbilidad con los TP tienen estructuras de personalidad flexibles, que pueden variar con el paso del tiempo o en relación con diversos factores como el estado clínico, entre otros.

Mientras, los sujetos con TB tipo I con comorbilidad con los TP las puntuaciones obtenidas en las dos valoraciones no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. En estos pacientes los resultados en las escalas no varían lo que podría corresponder a un marcador de rasgo. En este grupo de sujetos, los marcadores de rasgo se relacionan con estructuras de personalidad rígidas que no varían con el tiempo o en relación con otros factores.

Finalmente, el perfil de personalidad según el *BFQ* en los pacientes sin comorbilidad con los TP muestra un patrón flexible, que varía con el tiempo, en los aspectos que miden la Afabilidad, la Estabilidad Emocional y la Apertura Mental.

Además, los pacientes con TB tipo I con comorbilidad con los TP se diferencian de los sujetos sin comorbilidad en las puntuaciones obtenidas en las escalas: Afabilidad y Estabilidad Emocional. No se diferenciaron en las puntuaciones en las escalas Tesón, Energía y Apertura Mental. Igualmente, los aspectos que miden las escalas de Afabilidad, Energía, Tesón, Estabilidad Emocional y Apertura Mental funcionan como marcadores de rasgo en los sujetos con comorbilidad con los Trastornos de la Personalidad.

Por último, los aspectos que miden las escalas de Afabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental podrían constituirse en marcadores de estado para toda la muestra, independiente de la presencia o no de comorbilidad. A su vez, los aspectos que miden las escalas de Tesón y Energía, pueden constituirse en marcadores de rasgo para toda la muestra.

DISCUSIÓN

Prevalencia de los Trastornos de la Personalidad en el Trastorno Bipolar tipo I

En el presente estudio, la prevalencia de los TP según el DSM IV valorados con la *SCID II*, es del 31,9% (23 sujetos) en la muestra de 72 pacientes con TB tipo I eutímicos, según los criterios de van Gorp, (van Gorp et al, 1998).

La prevalencia encontrada es cercana a los hallazgos de otras investigaciones que señalan cifras en el rango del 30 al 38% (Kay JH et al, 1999; Vieta E et al, 2001; Kay JH et al 2002; Brieger et al, 2003, George et al, 2003; Garino JL et al, 2005 y Rötting D et al, 2007).

Todos los estudios antes mencionados emplean como instrumento de valoración las entrevistas estructuradas para los TP, ya sea la *SCID II*, según las pautas de diagnóstico del DSM III R o del DSM IV o la entrevista clínica estructurada para los TP según el *IPDE*. Además, las entrevistas para los TP las efectuaron psiquiatras y/o psicólogos clínicos entrenados para el uso de las mismas y con experiencia clínica en el tema de los Trastornos de la Personalidad.

Asimismo, en el grupo de estudios que emplearon la *SCID II*, aunque no todas las muestras consistían en pacientes eutímicos según los criterios de eutimia de van Gorp, las cifras de prevalencia para los TP son próximas al 30% (George et al, 2003, Garino JL et al, 2005 y Rötting et al, 2007). A su vez, sólo hay un estudio publicado que emplea la *SCID II* en una muestra con pacientes que cumplían los criterios de eutimia de van Gorp. Los autores del mismo, estipulan la prevalencia de los TP en el 31,78%, siendo esta cifra la más cercana a la encontrada por nuestro estudio (Vieta E et al, 2001).

Igualmente, es importante destacar que el 38% hallado en las investigaciones realizadas por Kay JH et al en 1998 y en 2002, se puede asociar al tipo de muestra: claro predominio masculino (96% hombres) y con el antecedente de trastornos por uso de alcohol en el 38% de los sujetos. Asimismo, el 38% y 36% publicado por Brieger y colaboradores y Rötting y colaboradores respectivamente, las valoraciones de los TP las efectúan en pacientes

clínicamente estables pero hospitalizados y días después de un episodio de enfermedad (Brieger et al, 2003; Rötting D et al, 2007).

Por otro lado, la prevalencia señalada por el presente estudio se aparta de los hallazgos de otras investigaciones que la sitúan en el rango del 42 al 73,6% (Pica S et al, 1990; O'Connell RA et al, 1991; Penselow P et al, 1995; Barbato N y Hafner J, 1998; Üçok A et al, 1998; Dunayevich et al, 1996 y 2000; Keown P et al, 2000; Rossi et al, 2001; Schianove et al, 2004; Grant et al, 2005; Loftus ST et al, 2006; Mantere O et al, 2006).

Los anteriores estudios, en general, comparten características como muestras que incluyen pacientes con el TB tipo II, con el Trastorno Esquizoafectivo bipolar, con episodios activos de la enfermedad o sujetos en los que no se emplean entrevistas clínicas estructuradas para definir el diagnóstico del TB tipo I. Asimismo, emplean cuestionarios de autoevaluación e instrumentos no validados para establecer el diagnóstico de los TP. Además, el o los profesionales que realizaron las valoraciones del eje II no eran personal entrenado en el uso de las entrevistas estructuradas y con experiencia clínica en los TP. E incluso en algunos estudios, a pesar del uso de entrevistas clínicas estructuradas, sólo indagan en las preguntas que el sujeto responde afirmativamente por medio de los cuestionarios de autoevaluación -aplicados antes de las mismas-, práctica recomendada en el ámbito clínico pero no en investigación (Pica S et al, 1990; O'Connell RA et al, 1991; Rossi A et al, 2001; Schianove et al, 2004).

Asimismo, las investigaciones que exponen unas de las prevalencias más elevadas de los TP (63% y 70,8%) emplean en la evaluación de los mismos instrumentos no validados y administrados por personal no médico sin experiencia clínica (Keown et al, 2002; Grant et al, 2005).

La prevalencia señalada en el presente estudio está por debajo del 40% con lo cual se puede afirmar que la hipótesis planteada en la investigación es cierta. Además, la cifra está en concordancia con la señalada por estudios realizados con criterios similares, como el empleo de un instrumento de valoración de los TP como la entrevista clínica estructurada *SCID II*, administrada por personal con experiencia clínica en el tema y en una muestra con pacientes que reunían los criterios de eutimia de van Gorp.

Además, esta cifra del 31,9% indica que la comorbilidad con los TP en los pacientes con el TB tipo I es un fenómeno importante, que es necesario tener en cuenta cuando se evalúan a los pacientes. Sin embargo, no es un dato tan alarmante como lo sería una comorbilidad de casi el 70%, encontrada en algunos estudios. Lo antes expuesto, apoya la indicación de una evaluación cuidadosa del eje II en los sujetos con el TB tipo I.

Asimismo, la prevalencia de los TP en los pacientes con TB tipo I es mayor que la señalada para la población general, la cual es del 10,56%, según una revisión reciente de los hallazgos de seis estudios en tres países diferentes que emplean como instrumentos las entrevistas clínicas estructuradas y administradas por personal entrenado para el uso de las mismas (Lenzenweger MF, 2008). En resumen, la prevalencia de los TP en los pacientes con TB tipo I según nuestro estudio, es casi tres veces mayor que la de la población general.

Teniendo en cuenta la prevalencia de los TP en los pacientes con TB tipo I, estaría indicado sugerir la inclusión de mediciones de rasgos de la personalidad en los programas de atención a los pacientes con TB.

Los pacientes con comorbilidad con los TP, pueden beneficiarse de estrategias de intervención psicoterapéutica orientadas hacia los rasgos de personalidad desadaptativos, las cuales están mostrando cierta efectividad (Livesley, 2004; Clarkin et al, 2004).

Por otro lado, es importante anotar que en nuestro estudio de los 72 pacientes iniciales finalizaron el mismo 70, lo que representa un porcentaje de continuidad del 97,2 %.

Es importante destacar que los dos sujetos que no finalizaron el estudio, lo hicieron por las siguientes causas: uno por suicidio consumado y otro por abandono del Programa de TB. Además, ambos pacientes presentaban comorbilidad con los TP.

Igualmente, en los 70 pacientes que continuaron el estudio, tras el período de seguimiento de seis meses, la prevalencia de Trastornos de la Personalidad fue del 28,6% (20 sujetos).

En cuanto al número de sujetos con comorbilidad con TP en la primera valoración fue de 23 y en la segunda de 20. Los tres sujetos que salieron del grupo de comorbilidad, dos fueron los que mencionamos como perdidas y el tercer caso un paciente que paso de tener criterios para el TP Paranoide con puntuaciones umbrales a presentar rasgos de

personalidad paranoides pero con puntuaciones subumbrales, por lo que en la segunda valoración ya no cumplía las pautas diagnósticas indispensables para el TP.

Es probable que los sujetos que no finalizaron el estudio mantuvieran las puntuaciones umbrales para un TP. El paciente que no continuo en el estudio por suicidio, al revisar su historia clínica, no presentaba un episodio de enfermedad y se encontraba eutimico la semana que consumo el suicidio. Además, no se encontraron datos de estresores o factores desencadenantes del mismo. Asimismo, la otra persona que no continuó en el estudio lo hizo por abandono del programa, lo cual se relacionó con graves dificultades en la relación médico paciente que obligaron a cambio de terapeuta, lo cual la paciente no aceptó y renunció a continuar en el programa. Lo anterior, se confirmó al revisar su historial clínico y al entrevistar a su médico tratante, las dificultades se asociaron a sus rasgos de personalidad patológicos.

Si asumimos que los dos pacientes mantuvieran el diagnóstico del TP tras los seis meses, la prevalencia a los seis meses de los TP sería del 30,5%, muy cercana al 31,9% encontrada en la primera valoración de los pacientes.

Al comparar la prevalencia 28,6% con la obtenida tras la primera valoración posterior a los tres meses de eutimia, que fue del 31,9%, la diferencia no es estadísticamente significativa. Teniendo en cuenta lo anterior podemos afirmar que el diagnóstico de los TP es estable en el tiempo seguimiento. Con lo antes expuesto confirmamos nuestra hipótesis de estabilidad de los TP en el tiempo. No hay hasta ahora ningún estudio publicado que incluya un período de seguimiento tras el cual se vuelvan a evaluar los TP en pacientes con el TB tipo I, con la *SCID II*.

Los estudios publicados acerca de la estabilidad en el tiempo de los diagnósticos de los TP, son en muestras de pacientes cuya patología principal es el TP. Dichos estudios señalan que aproximadamente en el 50 a 70% de los sujetos, el diagnóstico de TP remite en el tiempo de seguimiento de uno a 6 años. Sin embargo, los autores afirman que aunque los pacientes ya no reúnan las pautas para los TP, persisten rasgos de personalidad desadaptativos que los mantienen con bajos niveles de funcionamiento global (Skodol et al, 2005; Zanarini et al, 2003 y 2005). Una de las explicaciones respecto al punto antes

mencionado es la característica de las clasificaciones por categorías de los TP en las cuales los rasgos y los síntomas tienen igual importancia para establecer la presencia o no de un TP. Asimismo, al analizar las definiciones de las categorías de los TP, encontramos síntomas que son marcadores de estado, con lo cual pueden estar o no presentes en relación con el estado psicopatológico actual del paciente y variar en el tiempo. Además, hay rasgos que son estables en el curso de la vida del sujeto, los cuales están asociados a los bajos niveles de funcionamiento a lo largo del tiempo (Paris J, 2005).

La reconceptualización de los TP que incluya una jerarquización de síntomas y rasgos, un análisis factorial del peso de los rasgos y síntomas en el diagnóstico de los TP, entre otros aspectos podría ofrecer luz al panorama del diagnóstico de los TP.

Respecto a los tipos de Trastornos de la Personalidad más frecuentes en nuestro estudio fueron el Trastorno de Personalidad Evitativo con el 8,3% (6 sujetos) y el Trastorno de la Personalidad Mixto con el 8,3% (6 sujetos).

Respecto al TP Evitativo como uno de tipos más frecuentes en pacientes con TB es el hallazgo de diversos estudios (Üçok et al, 1998; Dunayevich et al, 1996,2000; Grant et al, 2005; Loftus ST et al, 2006 y Rötting D et al, 2007).

En el presente estudio clasificamos como Trastorno de la Personalidad Mixto a los pacientes que reunían el número necesario de criterios diagnósticos para dos o más tipos de los TP simultáneamente, sin claro predominio en el número de criterios necesarios para cada tipo de TP. En nuestro estudio las categorías diagnósticas que se presentaron simultáneamente en un mismo sujeto fueron los TP Narcisista, TP Histriónico y TP Pasivo-agresivo, en diferentes clases de combinaciones. Ninguno de los pacientes de nuestro estudio tuvo más de dos tipos de TP. En otros estudios a este tipo de pacientes les asignan dos diagnósticos, uno por cada tipo de los TP. Asimismo, hay investigaciones que señalan que en los pacientes con TB tipo I la mayoría de sujetos tienen simultáneamente más de un tipo de TP (Kneow P et al, 2002; Grant et al, 2005; Garino JL et al, 2005; Mantere O et al, 2006). Respecto a lo antes mencionado es importante anotar que los estudios de Kneow y colaboradores y Grant y colaboradores, tienen una limitación importante, la cual es que la valoración de los TP la efectuaron personal sin experiencia clínica en el campo de los TP.

Sin embargo, en los estudios de Garino y colaboradores y Mantere y colaboradores, las valoraciones de los TP si las realizaron personal con experiencia clínica en los TP. Por último, Brieger et al, 2003 concluye que los pacientes con TB y comorbilidad con TP tienen de media 1,5 tipos de TP.

La alta presencia de los TP mixtos o de más de un tipo de TP en un sujeto dado, se puede explicar por el solapamiento existente entre varias de las categorías de los TP. A su vez, el fenómeno de solapamiento podría estar vinculado a que los criterios diagnósticos tienen el mismo peso y no se encuentran jerarquizados según sean criterios para rasgos centrales o para síntomas secundarios a estos rasgos nucleares o para síntomas primarios y síntomas secundarios. En cada categoría diagnóstica no se define que es lo nuclear, lo cual posibilitaría distinguir un tipo de TP de otro o afirmar que en un paciente dado las manifestaciones del TP son por el predominio de uno o varios rasgos determinados. Una situación usual es la presencia de síntomas como la hipersensibilidad, la impulsividad, la inestabilidad afectiva, entre otros, en varios tipos de TP, con lo cual un sujeto dado podría tener puntuación umbral en los criterios diagnósticos de diversos tipos de los TP. Sin embargo, la explicación de la manifestación del síntoma es muy diferente según el tipo de TP, por ejemplo, en el TP Paranoide la hipersensibilidad está relacionada con la tendencia a mal interpretar las intenciones de los demás mientras en el TP Evitativo esta se asocia al temor a ser criticado y no ser aceptado. Lo antes expuesto ha sido señalado desde hace años por diversos autores, principalmente en estudios donde evalúan la fiabilidad diagnóstica de los tipos de TP según el DSM IV (Oldham JM et al, 1992; Bornstein RF, 1998; Framer RF, 2000; Pérez-Prieto JF, 2001; Serrita J et al, 2006).

Por otra parte, el siguiente tipo de trastorno de la personalidad en frecuencia fue el Trastorno de la Personalidad Límite con el 4,2% (3 sujetos). Esto coincide con lo señalado por diversos autores en sus estudios, en los cuales el TP Límite no es el primero en frecuencia sino el segundo, tercero o cuarto (Pica S et al, 1990; Üçok et al, 1998; Rossi et al, 2001; Vieta E et al, 2001; Keown et al, 2002; Brieger et al, 2003). Mientras en otras investigaciones plantean que el tipo de TP más usual en los pacientes con TB es el TP Límite (O'Connell et al, 1991; Barbato N y Hafner J, 1998; Schiavone et al, 2004; Garino JL

et al, 2005; Mantere O et al, 2006; Loftus ST y Jaeger J, 2006). Los anteriores estudios tienen una característica en común, la cual es que la valoración del TP la llevaron a cabo sin establecer un período de eutimia antes de la misma e incluso en uno de ellos la efectuaron en pacientes sintomáticos (Mantere O et al, 2006). Asimismo, O'Connell y colaboradores emplean un cuestionario autoaplicado para establecer el diagnóstico de los TP (O'Connell et al, 1991).

El hallazgo del TP Límite como el tipo de TP más usual en los sujetos con TB tipo I, según lo muestran, los estudios antes mencionados, podría estar en relación con los criterios de para el TP Límite según el DSM IV, los cuales son una mezcla de rasgos, síntomas y comportamientos que se cruzan con otros dominios que tienen que ver con las oscilaciones del estado de ánimo, comunes al TB y al TP Límite (Smith, 2004). Sin embargo, hay pautas para el diagnóstico del TP Límite que no se cumplen en los sujetos con el TB tipo I eutímicos. Por lo anterior, la valoración del TP, principalmente en el caso del TP Límite, en un sujeto con TB tipo I sintomático, sin criterios de eutimia pierde en validez y fiabilidad diagnóstica.

Por otra parte, en nuestro estudio los tipos de Trastornos de la Personalidad que ocuparon en frecuencia el tercer lugar fueron el TP Antisocial, el TP Dependiente y el TP Obsesivo-Compulsivo, estos con un 2,8% para cada uno (2 sujetos para cada tipo). A su vez, los tipos de TP menos frecuentes fueron el TP Paranoide y el TP Esquizotípico, estos un 1,4% para cada tipo (1 sujeto para cada tipo).

Asimismo, en nuestro estudio no se encontraron pacientes con los tipos de TP Narcisista, TP Histriónico y TP Pasivo-agresivo solos sino simultáneamente y los cuales clasificamos como TP Mixtos.

Además, no detectamos sujetos con el TP Esquizoide y el TP Depresivo, este último en estudio aún, pero incluido en la entrevista clínica estructurada para los TP según el DSM IV-SCID II (SCID II, Firts M et al, 1999).

Igualmente, no tuvimos ningún caso que no se pudiera clasificar en una categoría determinada, o como lo denomina el DSM IV: Trastorno de la Personalidad No Especificado (TPNOES) (DSM IV, 1992). Lo anterior, es contrario a lo expuesto en un

metaanálisis, acerca del uso de la categoría diagnóstica TPNOES, señalando que del 15 al 50% de las personas que reciben el diagnóstico de TP no reúnen criterios para una categoría específica y caen dentro del TPNOES (Verheul R y Widiger TA, 2004). En este punto, es necesario anotar que solo dos estudios de comorbilidad con los TP en el TB tipo I, informan datos de TPNOES. Dunayevich y colaboradores lo encuentran pero como una categoría en cuarto lugar de frecuencia y Vieta y colaboradores, sólo encontraron un caso (Dunayevich E et al, 1996; Vieta E et al, 2001).

Siguiendo con los tipos de TP, en nuestro estudio al valorar los tipos de TP tras los seis meses de seguimiento encontramos que los tipos de TP más frecuentes continuaron siendo los TP Evitativo y el TP Mixto, sin embargo en este último si disminuyó el porcentaje y número de sujetos, que paso de 6 a 4 pacientes, uno por abandono del programa de TB y otro que pasó de reunir criterios para dos TP a tenerlos para un solo diagnóstico de TP. En este último caso es interesante apuntar que el paciente en la primera valoración reunió los criterios para el TP Límite y el TP Obsesivo-compulsivo y en la segunda valoración los criterios para el TP Límite ya no tenían puntuaciones umbrales sino subumbrales. Asimismo, el TP límite paso del segundo lugar en frecuencia al cuarto lugar, la razón es la misma: los individuos que en la primera evaluación con la *SCID II* tenían puntuaciones umbrales en la segunda pasaban a presentarlas subumbrales, con lo cual ya no se establece el diagnóstico aunque si persistan los síntomas atenuados u otro tipo de rasgos propios del TP Límite. Lo anterior, puede estar relacionado con la inespecificidad de las descripciones de algunas pautas para el diagnóstico del TP Límite, que se pueden vincular a la inestabilidad del mismo en el tiempo (Smith, 2004; Ekselius et al, 2001; Zanarini M et al, 2003,2005; Paris J, 2005).

Igualmente, los tipos de TP más frecuentes en tercer lugar, tras los seis meses de seguimiento, fueron el TP Dependiente y el TP Obsesivo-compulsivo.

Por otra parte, aunque se mantiene el TP Evitativo como el más frecuente, los otros tipos de TP cambian en lugar de frecuencia y en porcentajes de presentación, con esto se confirma la hipótesis de que los tipos de TP no son estables en el tiempo.

La inestabilidad de los tipos de TP puede estar vinculada a la fiabilidad y validez del instrumento diagnóstico en cada tipo de TP. Es necesario apuntar, que la fiabilidad de los instrumentos de valoración diagnóstica se determina generalmente comparando la concordancia entre evaluaciones independientes realizadas por dos o más entrevistadores sobre un grupo de sujetos. Los resultados suelen expresarse mediante una unidad estadística denominada *kappa*, que tiene en cuenta la concordancia debida al azar.

Entre los estudios que han indagado la fiabilidad de los diagnósticos individuales de los TP, hay informes que encuentran índices de *kappa*, que oscilan entre el 0,58 para el TP Esquizoide al 0,87 para el TP Antisocial según Skodol y colaboradores (Skodol AE et al, 1991). A su vez, Serrita y colaboradores informan datos del 0,65 para el TP Esquizotípico al 0,90 para el TP Evitativo. Estos autores concluyen que los tipos de TP Evitativo y Dependiente obtuvieron los mayores índices de fiabilidad, mientras el TP Esquizotípico obtuvo el más bajo (Serrita J et al, 2006). Y Pérez Prieto, al validar la SCID II según el DSM III R en España, señala una eficacia global muy buena para los TP Antisocial, TP Obsesivo-compulsivo, TP Histriónico, TP Paranoide y TP Evitativo y no muy buena para los TP Dependiente, TP Límite, TP Esquizoide, TP Narcisista y TP Esquizotípico, para lo cuales la sensibilidad es baja (Pérez Prieto JF, 2001).

Con relación al hallazgo del TP Evitativo como el más frecuente tanto en la primera valoración como en la segunda tras el lapso de seguimiento, se puede asociar a los índices de fiabilidad altos de la *SCID II* para el TP Evitativo.

Otra dificultad es que los criterios usados para establecer las diversas categorías diagnósticas, se solapan entre sí, como es el caso del TP Límite con el TP Histriónico, con el TP Narcisista y con el TP Dependiente (Oldham JM et al, 1992; Bornstein RF, 1998; Framer RF, 2000). Teniendo en cuenta lo antes expuesto, no es de extrañar que el TP Límite cambie de frecuencia de presentación en el lapso de seguimiento.

La fiabilidad media a escasa de algunos tipos de TP pone de manifiesto que las actuales categorías para varios de los tipos de TP presentan una definición deficiente, que no permite distinguir entre marcadores de rasgo y de estado. Por lo que al desaparecer o

atenuarse un o varios marcadores de estado pelagra el diagnóstico aunque persistan los rasgos patológicos de personalidad y un nivel de funcionamiento bajo en los sujetos.

De la misma manera, el modelo de diagnóstico por categorías presenta otro problema adicional como es el hecho que algunos pacientes no sean clasificables en una categoría definida. La categoría de TPNOES se usa cuando se han descartado todas las anteriores pero el cuadro clínico del paciente manifiesta las pautas generales que definen el TP. Según Verheul y Widiger es una situación que se da en el 15 al 50% de las personas que reciben el diagnóstico de TP (Verheul R y Widiger TA, 2004). En los estudios de comorbilidad de TP en TB, no se dan estas cifras tan elevadas sino por el contrario son la minoría de los casos. En ocasiones se asignan a los sujetos el TPNOES, por falta de información, por escasa colaboración del paciente en la entrevista, por falta de tiempo para llevar a cabo una evaluación completa. En las investigaciones se controlan estos factores por medio de la aceptación del paciente a aportar la información necesaria, del uso de instrumentos como las entrevistas estructuradas y de la disponibilidad de tiempo tanto del entrevistador como del paciente que participa en una investigación.

Cuestionario autoaplicado del IPDE *versus* la SCID II

Por otro lado, en nuestro estudio, al emplear el cuestionario autoaplicado del *IPDE*, encontramos que el porcentaje de valoraciones positivas para los TP fue del 48,6%.

Elegimos hablar de valoraciones positivas para los TP cuando usamos el cuestionario autoaplicado del *IPDE*, porque el mismo no es un instrumento diagnóstico sino una herramienta de cribado. Por lo tanto lo que hicimos fue comparar las valoraciones positivas para los TP según el cuestionario autoaplicado con la prevalencia de los TP según la *SCID II*, con el fin de recalcar la importancia del uso de entrevistas clínicas estructuradas para establecer el diagnóstico de los TP.

Continuando con el uso del cuestionario autoaplicado del *IPDE*, en nuestro estudio los TP pasan de estar presentes, del 31,9% al 48,6%, en los 72 pacientes de la muestra. Además, teniendo en cuenta que en el presente estudio se decidió establecer el punto de corte en cuatro a más ítems para definir la presencia o no de la valoración positiva del TP. Es altamente probable que si eligiéramos como punto de corte a partir de tres ítems, como se sugiere para su uso en la práctica clínica habitual, la cifra sería mayor. Pero en investigación se recomienda elegir un punto de corte de mínimo cuatro en adelante.

En los estudios que emplean como punto de corte tres o más ítems la presencia de los TP alcanzan cifras de casi el 60% (O'Connell RA et al, 1991).

Además, de nuestro estudio, el efectuado por Kay y colaboradores, señala una gran diferencia entre el porcentaje de TP según se emplee la *SCID II* o un cuestionario autoaplicado, 38% versus 62%, respectivamente (Kay JH et al, 1999).

La diferencia entre los datos de los TP según la *SCID II* y el cuestionario autoaplicado del *IPDE* es estadísticamente significativa y confirma la hipótesis planteada en la investigación, que el porcentaje de valoraciones positivas para los TP es mayor con el uso del instrumento de autoevaluación con respecto a la prevalencia de los TP establecida por medio de la *SCID II*.

Igualmente, Carpenter y colaboradores, exponen que los pacientes reúnen mayor número de criterios positivos para los TP con el instrumento autoaplicado del *IPDE* que con la entrevista estructurada del *IPDE* (Carpenter et al, 1995).

Las diferencias entre los porcentajes de valoraciones positivas respecto a la prevalencia de los TP según la *SCID II*, encontradas en nuestro estudio, confirma lo señalado por muchas investigaciones, que los inventarios autoaplicados son proclives a dar abundantes falsos positivos (Framer RF, 2000).

Aunque otros estudios utilicen instrumentos autoaplicados, no publican las cifras de TP que obtienen con los mismos y además, los emplean para dirigir la entrevista estructurada. Asimismo, llama la atención, que estos estudios tienden a indicar cifras de prevalencia de los TP más elevadas, por encima del 40% y más del 60%, en comparación a los estudios

que los usan pero no dirigen la entrevista de acuerdo con los resultados de los cuestionarios autoaplicados (Rossi A et al, 2001; Schianove et al, 2004).

Con respecto a la estabilidad de los TP en el tiempo, con el empleo del cuestionario autoaplicado del *IPDE*, en nuestro estudio encontramos que el porcentaje de valoraciones positivas pasó del 48,6% al 37,1%. Igualmente, entre estos dos porcentajes la diferencia es significativa. Con lo anterior confirmamos la hipótesis que las valoraciones de los TP con el instrumento de autoevaluación no son estables en el tiempo.

Igualmente, una de las explicaciones para la disminución del porcentaje de valoraciones positivas con el inventario autoaplicado del *IPDE*, sea el aprendizaje que adquiere el sujeto tras la repetición de un instrumento en más de una ocasión. Además, la segunda vez que se administra el cuestionario autoaplicado del *IPDE*, el paciente ya ha pasado por una entrevista clínica estructurada, que indaga sistemáticamente los rasgos de personalidad que son evaluados en el inventario, por lo tanto el sujeto ha comprendido mejor lo que busca la herramienta de autoevaluación.

A pesar de lo antes expuesto, el porcentaje de valoraciones positivas de los TP con la herramienta autoaplicada continúa siendo más alto que la prevalencia de los TP establecida por medio de la entrevista clínica estructurada, tras los seis meses de seguimiento. Los datos según el cuestionario del *IPDE* y la *SCID II* son del 37,1% y el 28,6%, respectivamente. La diferencia es estadísticamente significativa.

Igualmente, los tipos de TP según el cuestionario autoaplicado del *IPDE* más frecuentes tras los tres meses de eutimia fueron en orden de mayor a menor porcentaje, el TP Evitativo, el TP Mixto y el TP Límite. El antes mencionado orden es similar al hallado con la *SCID II*, aunque los porcentajes para cada uno son diferentes y tienden a ser mayores con el uso del *IPDE*. Además, hay tres tipos de TP que están presentes según el cuestionario autoaplicado pero no tras la valoración con la *SCID II*, los TP Esquizoide, TP Histriónico y TP Narcisista. A su vez, hay un tipo de TP presente tras la administración de la *SCID II* pero no tras el cuestionario autoaplicado, el TP Paranoide.

Asimismo, en la segunda aplicación del cuestionario autoaplicado del *IPDE*, los tipos de TP más usuales en orden de frecuencia fueron el TP Evitativo, el TP Mixto y el TP

Narcisista. El TP Límite pasó del tercer lugar al quinto lugar en frecuencia. A su vez, son diferentes los tipos de personalidad cuando se les compara con el resultado de los tipos de TP más frecuentes tras la segunda administración de la *SCID II*. Principalmente, en el orden de frecuencia del segundo lugar en adelante, que tras la *SCID II* es el TP Dependiente y TP el Obsesivo-compulsivo y después del cuestionario autoaplicado es el TP Narcisista. Teniendo en cuenta estos aspectos, podemos afirmar que la inestabilidad de las valoraciones positivas para los TP con el cuestionario autoaplicado del *IPDE*, no sólo es respecto al porcentaje global de los TP sino también en cuanto a la frecuencia de los tipos de TP.

Hasta el momento no hay publicado ningún estudio en donde se comparé los hallazgos del cuestionario autoaplicado del *IPDE* en dos momentos diferentes, tanto en lo que respecta al porcentaje global como en las frecuencias de los tipos de TP.

Los resultados encontrados en nuestro estudio, están respaldados por lo apuntado por diversos autores, desde hace varios años, quienes afirman que los cuestionarios autoaplicados respecto a las entrevistas clínicas estructuradas no aportan información equivalente, aunque ello no implique que no sean de ayuda en la práctica clínica. Sin embargo, en el campo de la investigación son un instrumento con alta sensibilidad pero baja especificidad (Loranger AW, 1992,1994; Widiger TA, 2002; Framer RF, 2000).

Finalmente, la controversia en torno a los TP y los tipos de TP, no es exclusiva del mismo, sino inherente a los diagnósticos en psiquiatría, principalmente desde la generalización del uso de las clasificaciones por categorías de los Trastornos Mentales. Las cuales no deben ser usadas como listas de chequeo de síntomas, sino como auxiliares a la exploración psicopatológica concienzuda de los pacientes, con el fin de estructurar un diagnóstico. Además, una de las utilidades de las clasificaciones es establecer un lenguaje común entre los profesionales en el campo de la clínica y de la investigación. Asimismo, el riesgo de usar los manuales diagnósticos como listas de chequeo es la sobre-posición de síntomas de una categoría a otras, con lo cual se tiende a sobrediagnosticar los trastornos mentales o a señalar altas tasas de comorbilidad.

Comorbilidad con los TP en el TB tipo I y curso clínico

Con respecto, a la comorbilidad con los TP en los pacientes con TB tipo I, en nuestro estudio al comparar el grupo de sujetos con comorbilidad con los TP y el grupo sin comorbilidad con los TP, encontramos que no hay diferencias estadísticamente significativas en el curso clínico de los pacientes.

El curso clínico lo evaluamos en relación con el número de años de enfermedad, el número de episodios depresivos, maníacos, hipomaniacos o mixtos y los meses de remisión clínica. En el único aspecto del curso clínico donde se evidenció una diferencia estadísticamente significativa fue en el número de fármacos empleados en el tratamiento de los pacientes, que fue mayor en el grupo con comorbilidad con los TP.

Asimismo, al tener en cuenta el porcentaje de pacientes con recaídas en los seis meses de seguimiento, este fue mayor en el grupo sin comorbilidad con los TP. Además, la diferencia entre los porcentajes de pacientes con recaídas entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa.

Respecto a lo antes descrito se descarta la hipótesis planteada en relación a la asociación de comorbilidad con los TP a un peor curso clínico y a un mayor porcentaje de pacientes con recaídas.

En relación con lo señalado en nuestro estudio respecto al curso clínico de los pacientes con comorbilidad, es semejante a lo hallado en diversas investigaciones. Un curso clínico que prácticamente no tiene diferencias, entre los sujetos con comorbilidad y sin comorbilidad con los TP, ha sido informado por múltiples estudios que examinan diferentes aspectos como la respuesta de los pacientes al tratamiento con litio, números de episodios de enfermedad, más ingresos hospitalarios, nivel de síntomas y años de enfermedad (Penselow ED et al, 1995; Üçok A et al, 1998; Vieta E et al, 2001; Kay Jh et al, 2002; George E et al, 2003; Lofuts St y Jaeger J, 2006).

Sin embargo, hay estudios que destacan diferencias en el curso clínico de los sujetos con comorbilidad con los TP en el TB en aspectos puntuales como la presencia de síntomas residuales (Carpenter D et al, 1995; Dunayevich E et al, 2000; Bieling P et al, 2003), menor

tiempo de eutimia entre episodios (Barbato y Hafner, 1998) y un número elevado de episodios mixtos (Röting D et al, 2007).

Igualmente, algunos estudios señalan un mayor número de intentos de suicidio (Üçok A et al, 1998), lo anterior principalmente asociado al TP Límite (Garno JL et al, 2005). En este punto es necesario apuntar que el número de intentos de suicidio puede estar más ligado al TP por sí mismo. En los pacientes con el TP Límite es usual altas tasas de intentos de suicidio, es más este punto es expresión de la impulsividad que caracteriza a los sujetos con este tipo de TP. Por lo tanto, es de esperar que los individuos con un TB tipo I y comorbilidad con el TP Límite tengan un elevado número de intentos de suicidio, al sumar el riesgo que aportan cada uno de los diagnósticos que presenta.

Por otro lado, en el aspecto tratamiento con psicofármacos en los pacientes con comorbilidad con los TP en el TB tipo I, hay estudios que encuentran un mayor número de medicamentos empleados en el tratamiento como lo señalado en nuestro estudio (Kay JH et al, 2002), menor satisfacción con el tratamiento farmacológico (Barbato y Hafner, 1998) y mala adherencia al tratamiento farmacológico (Dunayevich E et al, 2000; Colom et al, 2000). El no cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes con TB ha sido encontrado hasta en el 64% de los casos (Keck PE et al, 1996). La mala adherencia al tratamiento farmacológico, no es un aspecto exclusivo de los pacientes con comorbilidad con los TP, sino un fenómeno frecuente en los pacientes con TB.

En resumen, se puede afirmar que el curso clínico, en general, no es peor en los sujetos con comorbilidad con los TP en comparación con los individuos sin comorbilidad. Aunque si existen aspectos influyentes en el curso clínico asociados a la comorbilidad, como lo relacionado con el tratamiento psicofarmacológico que son diferentes para cada grupo.

Sin embargo, en el punto antes mencionado, es necesario destacar que en algunas ocasiones es muy difícil establecer si factores como los síntomas residuales, el menor tiempo de eutimia, el mayor número de intentos de suicidio, los episodios mixtos y los aspectos vinculados al tratamiento pueden ser manifestaciones clínicas propias de los TB. Además, los aspectos antes mencionados más que efectos o consecuencias serían la sumatoria de los síntomas tanto del TB como de los TP.

Finalmente, para establecer relaciones causa efecto se requiere de estudios prospectivos con cohortes de seguimiento en el tiempo.

Nivel de funcionamiento global en el TB tipo I y la comorbilidad con los TP

En relación con el nivel de funcionamiento global medido con la Escala de Evaluación de la Actividad Global, EEAG, los pacientes en nuestro estudio consiguieron puntuaciones con una media de 78,19. Esta media es semejante a la señalada por estudios que emplean la EEAG como instrumento de medición del funcionamiento global en los sujetos con TB sin episodios agudos de la enfermedad (Kay JH et al, 2002; Rötting D et al, 2007; Tabarés-Seisdedos R et al, 2008).

La media de 78,19 ubica a los pacientes en el rango 71-80 de la EEAG, el cual describe ligeras alteraciones en el funcionamiento del individuo (psicosocial, laboral y/o académico). Asimismo, la media tras los seis meses de seguimiento es de 79, manteniéndose en el mismo rango de la EEAG : 71-80. Además, no hay diferencia estadísticamente significativa entre las medias tras los tres meses de eutimia y después de los seis meses de seguimiento. Lo anterior podría asociarse a que el 78,6% de los pacientes se mantuvieron eutímicos durante los seis meses de seguimiento.

Asimismo, podría ser el reflejo del resultado de las variables demográficas que evalúan escolaridad y actividad laboral. Respecto al nivel de estudios más del 50% de la muestra tiene estudios de secundaria y universitarios (finalizados o en curso). En relación con la ocupación laboral, el 50% de los individuos se encuentran activos laboralmente, incluyendo al 8,3% de amas de casa, que trabajan en el hogar aunque sin percibir remuneración económica por ello. Además, el 16,7% estaban en el paro o estudiando, pero son potencialmente activos en cuanto a desempeñar un trabajo.

Aunque algunos autores afirmen que la EEAG no es el mejor instrumento para valorar el impacto de la enfermedad en términos de discapacidad de los individuos, si es útil para

evaluar el nivel de funcionamiento de un sujeto respecto a la actividad psicosocial, social y laboral (Bobes J et al, 2004; DSM IV TR, 2002). Además, la EEAG, ha demostrado poseer una adecuada sensibilidad al cambio y ser un buen predictor de reingreso hospitalario. Además, tiene una fiabilidad, con el coeficiente de correlación intraclase, analizado en cinco diferentes estudios, que oscila entre 0,61 y 0,91 (Endicott J et al, 1975; Spitzer RL et al, 1970).

En resumen, es una herramienta de amplio uso para valorar el nivel de funcionamiento global de los pacientes.

Respecto al nivel de funcionamiento global cuando comparamos a los sujetos con comorbilidad con los TP y sin comorbilidad con los TP, en nuestro estudio hallamos que los pacientes con comorbilidad tienen puntuaciones en la EEAG, menores que los pacientes sin comorbilidad y esta diferencia es estadísticamente significativa. Asimismo, este bajo nivel de funcionamiento y la diferencia con el buen funcionamiento de los sujetos sin comorbilidad se mantiene tras el período de seguimiento de seis meses.

Con los hallazgos antes expuestos, confirmamos nuestra hipótesis respecto a que el nivel de funcionamiento global en los pacientes con comorbilidad con los TP es bajo en relación con los sujetos sin comorbilidad. Además, no se asocia a períodos de enfermedad, ya que en la primera valoración con la EEAG los pacientes estaban eutímicos y en la segunda valoración la mayoría de sujetos con comorbilidad con los TP se mantenían eutímicos, pues sólo tres de los pacientes con comorbilidad tuvieron una recaída durante el período de seguimiento. No hay estudios publicados hasta ahora que efectúen mediciones del nivel de funcionamiento global en los pacientes con comorbilidad con los TP en dos momentos diferentes.

Asimismo, en nuestro estudio la diferencia en el nivel de funcionamiento global se estableció según la puntuación en la EEAG. En los pacientes sin comorbilidad tuvo una media de 85 y en el grupo con comorbilidad fue de 62. Las anteriores puntuaciones se corresponden con descripciones en la EEAG para los individuos sin TP como buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades

mientras para los sujetos con comorbilidad como dificultades en la actividad social, laboral o académica.

El nivel de funcionamiento global bajo cuando hay comorbilidad ha sido expuesto en otros estudios (Carpenter D et al, 1995), al igual que un mayor índice de discapacidad en la vida diaria (Barbato N y Hafner J, 1998), una menor recuperación funcional (Dunayevich E et al, 2000), una mayor tasa de desempleo (Kay JH et al, 2002), un pobre funcionamiento laboral y el deterioro en el funcionamiento social (Loftus ST y Jaeger J, 2006).

Con relación al funcionamiento laboral llama la atención en nuestro estudio el hallazgo que los pacientes con comorbilidad con los TP se diferencian de los sin comorbilidad con los TP, en las variables demográficas, respecto a la ocupación. En los pacientes con comorbilidad casi el 50% se encuentra ubicado en la categoría jubilado (en donde agrupamos a los pacientes jubilados por edad y a los pensionistas por enfermedad mental, ya que ambos grupos son inactivos laboralmente en la actualidad y en el futuro), mientras en el grupo sin comorbilidad sólo lo está el 25% de los sujetos. Además, esta diferencia en los porcentajes si fue estadísticamente significativa.

Igualmente, que los pacientes con TB tipo I con comorbilidad con los TP, mantengan en el tiempo en la EEAG puntuaciones en el rango de 61 a 65, es un indicativo de que el nivel de funcionamiento global es un marcador de rasgo para los TP.

Asimismo, el nivel de funcionamiento global de los sujetos con comorbilidad con los TP puede ser un marcador de rasgo ya que se mantiene a lo largo del tiempo y no está asociado a los episodios de enfermedad o a recaídas.

El nivel de funcionamiento bajo de forma persiste en los TP ha sido hallado en diversas investigaciones, incluso se mantiene sin cambios a pesar que las pautas para el diagnóstico de los TP relacionadas con síntomas remitan. Además, se asocia a la permanencia de los rasgos de personalidad desadaptativos que interfieren con el trabajo y las relaciones sociales (Skodol et al, 2005; Zanarini et al, 2003 y 2005; Paris J, 2005). En resumen, evaluar el nivel de funcionamiento global por medio de instrumentos es de utilidad para confirmar o descartar que los rasgos y/o síntomas propios de los TP sean desadaptativos o no. Establecer con cierta certeza la repercusión de los rasgos y/o síntomas de los TP en el

funcionamiento de los sujetos, es esencial para en el diagnóstico de los TP según la CIE 10 y el DSM IV.

A pesar de la controversia en torno a la conceptualización de los TP, la presencia de bajos niveles de funcionamiento global o deterioro en el mismo en sujetos asociado a sus rasgos de personalidad es una realidad clínica, que se hace evidente con el empleo de instrumentos de medición de estos aspectos. Por todo lo anterior el nivel de funcionamiento bajo se constituye en un marcador de estado para los TP.

Por último, hay que destacar que en el complejo tema de la personalidad existen matices como los que aportan la definición de normalidad, anormalidad y patología. La normalidad va ligada a lo establecido como normal, ya sea estadísticamente o culturalmente, lo anormal lo que se sale de este marco de referencia –la peculiaridad individual pero sin repercusiones en el funcionamiento global del sujeto- y lo patológico, que es lo desadaptativo, lo que le impide a un sujeto desarrollarse o le genera disfunciones. A este último aspecto hacen referencia los TP. La disfunción puede ser medida por instrumentos como la EEGA, entre otros. Además, el grado de disfunción de un paciente puede asociarse a un estado clínico activo o a una serie de rasgos, por lo anterior el aplicar este tipo de escalas en sujetos eutímicos puede aportar información para clasificar una manifestación clínica como marcador de rasgo.

El cuestionario autoplicado BIG FVE o de los Cinco Grandes y los TP en el TB tipo I

Respecto a la reconceptualización de los TP tal como están concebidos en la actualidad e incluir en la definición de los mismos valoraciones dimensionales de los rasgos de personalidad, es la propuesta de diversos autores (Markon et al, 2005; Blackburn et al, 2005; Miller JD, Pilkonis PA y Clifton A, 2005; Miller JD et al 2005 y 2006). Asimismo, de las múltiples propuestas derivadas de diversas teorías, los autores antes mencionados proponen el uso de instrumentos derivados de la teoría de los Cinco Grandes.

En nuestro estudio empleamos el *BFQ*, instrumento diseñado siguiendo la teoría de los Cinco Grandes, para realizar la valoración dimensional de la personalidad de los pacientes participantes en el estudio.

En resumen el *BFQ*, está validado en la población española y ha sido empleado en múltiples investigaciones en nuestro medio en temas como: los rasgos de personalidad en niños y adolescentes con trastornos depresivos -versión para esta población y validada al castellano-, el perfil de personalidad en la población de potenciales donantes o no de órganos, rasgos de la personalidad y sensibilidad al dolor, personalidad, inteligencia emocional y rendimiento académico, rasgos de personalidad en criminales violentos, las dimensiones de la personalidad como factores predictores de los TP, las dimensiones de los TP y correlatos neurofisiológicos. En el antes mencionado estudio, el cuestionario *BFQ*, lo aplicaron no sólo a los pacientes sino también a un familiar del paciente, los resultados entre las dos aplicaciones no mostraron diferencias estadísticamente significativas (Caprava GV et al, 1995; Carrasco O y del Barrio G, 2007; Blanca M et al, 2007; López-Pérez A y Calero-García M, 2008; Gil-Olarte M et al, 2006; Ortiz-Tallo M et al, 2007; Iglesia García C et al, 2000; Inda-Caro M et al, 2006).

En nuestro estudio, el perfil de personalidad de los sujetos con TB tipo I eutímicos establecido tras la administración del *BFQ*, mostró que puntuaciones en la escala Energía con una media de 37,28, en la escala Afabilidad la media fue de 49,69, en la escala Tesón la media fue de 37,43, en la escala Estabilidad Emocional la media fue de 49,72 y en la escala Apertura Mental fue de 36,57. Los resultados de nuestro estudio son similares a los encontrados por Parker y colaboradores, quienes señalan puntuaciones con medias en las escalas de Energía (o Extroversión) de 33,5, en la escala Tesón de 38,3 y en la escala Apertura Mental (o Apertura) de 39,2. En la escalas que no son semejantes los hallazgos son en la escala Estabilidad Emocional (Afabilidad versus Neuroticismo) en esta la media es de 45, lo que es equiparable a una puntuación baja mientras en nuestro estudio la puntuación es promedio. Asimismo, en la escala Afabilidad la puntuación tuvo una media de 42,5, para un nivel bajo mientras en nuestra investigación la media corresponde a una puntuación con un nivel promedio. En este aspecto, hay que anotar que

los autores aclaran que las puntuaciones en dichas escalas pueden estar afectadas por el estado clínico de los pacientes, ya que fueron evaluados durante un episodio depresivo. Entre las subdimensiones de las escalas están control de las emociones, cordialidad y cooperación, las cuales pueden estar afectadas por la sintomatología depresiva (Parker G et al, 2004).

Teniendo en cuenta las puntuaciones de nuestro estudio y las de Parker y colaboradores, en la escala Energía los pacientes se ajustarían a la descripción de muy poco a poco dinámicos, extrovertidos y dominantes. En la escala Tesón a la de poco a muy poco responsables, ordenados y diligentes. En la escala Apertura Mental a poco a muy poco creativos, fantasiosos e informados.

Asimismo, Bagby y colaboradores y nuestro estudio encuentran puntuaciones bajas en la escala Tesón y promedio en la escala Afabilidad. Igualmente, la descripción de los pacientes es poco a muy poco responsables, ordenados y diligentes y moderadamente altruistas, comprensivos y tolerantes, respectivamente (Bagby RM et al, 1996).

Mientras en las escalas Apertura Mental (apertura) y en Energía (extroversión) la puntuación fue promedio en Bagby y colaboradores y bajas en nuestro estudio y en Parker y colaboradores. Lo anterior equivale a la descripción para la dimensión de Apertura Mental en Bagby y colaboradores como sujetos moderadamente creativos, fantasiosos e informados, mientras en nuestro estudio y en Parker y colaboradores, sería poco a muy poco creativos, fantasiosos e informados. Y en Bagby y colaboradores, la escala Energía se ajusta a la descripción de moderadamente dinámicos, extrovertidos y dominantes, mientras en nuestro estudio y en el de Parker y colaboradores a poco o muy poco dinámicos, extrovertidos y dominantes.

Por otro lado, un estudio afirma que las puntuaciones altas en la escala de Apertura Mental en pacientes con el TB son comparables a las conseguidas por los estudiantes de carreras artísticas. Equivalentes a la descripción de muy creativos, fantasiosos e informados (Nowakowska C et al, 2005). Mientras en nuestro estudio y en el de Parker y colaboradores las puntuaciones son bajas y la descripción es muy diferente, para de muy a muy poco a poco creativos, fantasiosos e informados.

Además, Rötting y colaboradores, señalan bajas puntuaciones en Estabilidad Emocional (altas en Neuroticismo) en los pacientes con TB tipo I con antecedentes de episodios mixtos. Mientras en nuestro estudio las puntuaciones fueron promedio. En este punto es importante destacar que en el estudio de Rötting y colaboradores, los pacientes fueron evaluados inmediatamente después de un episodio mixto. (Rötting D et al, 2007).

Los resultados en la escala Estabilidad Emocional (o versus Neuroticismo) son diferentes a lo reportado por Bagby y colaboradores, Parker y colaboradores y Rötting y colaboradores, quienes exponen que los pacientes con TB tienen puntuaciones bajas en Estabilidad Emocional (altas en Neuroticismo) mientras en nuestro estudio las puntuaciones en esta escala fueron promedio. Según los mencionados estudios, los pacientes se corresponderían con la descripción en esta escala como poco o muy poco equilibrados, tranquilos y pacientes. Mientras la descripción según las puntuaciones señaladas en nuestro estudio como sujetos moderadamente equilibrados, tranquilos y pacientes. Es necesario, recordar que en los estudios de Parker y colaboradores y Rötting y colaboradores los sujetos estaban clínicamente activos. En el estudio de Bagby y colaboradores, señalan que se encontraban eutímicos pero no definen eutimia según que tipo de criterios.

Las disparidades entre las puntuaciones indicadas en los diversos estudios, incluido el nuestro, pueden estar asociadas a aspectos como el estado clínico al realizar la valoración con el instrumento, a las características de las muestras o a la no existencia de un perfil específico de personalidad en los pacientes con TB tipo I. Igualmente, ha este tipo de conclusión han llegado estudios que comparan muestras de pacientes con TB, con Depresión Unipolar u otros trastornos mentales y con sujetos normales (Furukawa et al, 1998; Parker G, 2004).

Teniendo en cuenta todo lo antes mencionado hay que destacar que el TB tipo I se puede presentar en sujetos con cualquier tipo de perfil de personalidad normal o anormal, por lo tanto no existe un perfil de personalidad específico para los pacientes con TB tipo I, confirmando nuestra hipótesis al respecto.

Por otro lado, hay autores que proponen la existencia de la predisposición a los TB según algunos rasgos de personalidad como el temperamento ciclotímico e hipertímico e incluso

afirman que son manifestaciones de bipolaridad (Lara D et al, 2006; Lara D y Akiskal H, 2006; Akiskal H et al, 2003). Sin embargo, hay autores que se oponen a la generalización de un tipo de temperamento y otros rasgos de personalidad como inherentes a los pacientes con TB (Baldessarini RJ, 2000; Paris J, 2004).

En cuanto al perfil de personalidad según el *BFQ*, tras el período de observación de seis meses encontramos que los 70 sujetos que completaron el estudio tenían puntuaciones en la escala de Energía con una media de 37,61, en la escala de Afabilidad una media de 47,96, en la escala de Tesón una media de 37,33, en la escala de Estabilidad Emocional una media de 48,31 y en la escala Apertura Mental de 35,10. Al comparar estas puntuaciones con las obtenidas tras la primera valoración encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda puntuación en las escalas Afabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental, mientras no hubo diferencias significativas entre la primera y la segunda puntuación en las escalas Energía y Tesón. Lo anterior puede interpretarse como que las escalas de Energía y Tesón poseen componentes que actúan como marcadores de rasgo de personalidad, mientras en las escalas de Afabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental los componentes de las mismas funcionan como marcadores de estado. En otras palabras, habría características de la personalidad que tienden a permanecer en el tiempo mientras otras varían, en función de diversos factores.

Las escalas Energía y Tesón tienen como subdimensiones dinamismo y dominancia y escrupulosidad y perseverancia, respectivamente. Es posible que la tendencia a la dominar, a la escrupulosidad y a la perseverancia sean estables en el tiempo. Mientras, en las dimensiones Afabilidad las subdimensiones son la cooperación y la cordialidad, en la Estabilidad Emocional las subdimensiones son el control de emociones y el control de impulsos y en la Apertura Mental las subdimensiones son la apertura a la cultura y la apertura a la experiencia. Es factible que las características de las subdimensiones cordialidad (apertura a los demás, amabilidad, entre otros aspectos), control de las emociones (como control de los estados de tensión asociados a la experiencia emotiva), control de los impulsos (como autocontrol) y apertura a la experiencia (como disposición a la novedad, entre otras características) puedan fluctuar en el tiempo. Lo anterior puede estar

asociado a variaciones en el temperamento, en el estado emocional, en las circunstancias vitales, en las experiencias cotidianas, entre muchos factores. La ventaja de las valoraciones dimensionales de la personalidad es que permiten captar los matices y variaciones en la personalidad de los sujetos.

En relación con las puntuaciones en el *BFQ*, en los pacientes con TB tipo I y comorbilidad con los TP, en nuestro estudio encontramos que las puntuaciones tuvieron medias en la escala de Energía de 35,52, en la escala Afabilidad de 42, en la escala Tesón de 37,61, en la escala Estabilidad Emocional de 37,96 y en la escala Apertura Mental de 35,17.

En relación con las puntuaciones en los pacientes sin comorbilidad con los TP, las medias en las escalas de Energía fue de 38,10, en la escala Afabilidad de 53, en la escala Tesón de 37, en la escala Estabilidad Emocional de 55,24 y en la escala Apertura Mental de 37,2.

Al compararlas se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas entre los pacientes con comorbilidad y sin comorbilidad en las escalas Afabilidad y Estabilidad Emocional. Mientras no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de ambos grupos en las escalas Tesón, Apertura Mental y Energía. Nuestros hallazgos coinciden, en algunos datos, con los expuestos por Brieger y colaboradores, quienes al comparar las puntuaciones en las dimensiones de personalidad del modelo de los Cinco Grandes, también encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas Afabilidad y Estabilidad Emocional (Neuroticismo) y no en la escala Apertura Mental. A su vez, los resultados de nuestro estudio se apartan en cuanto a la escala Energía, para nosotros no hay diferencias estadísticamente significativas y para ellos sí (Brieger et al, 2003).

Asimismo, al confrontar las puntuaciones obtenidas por el grupo de sujetos con comorbilidad con TP en la primera administración del *BFQ* con respecto a las conseguidas tras los seis meses de observación encontramos que en las medias en la primera y segunda valoración fueron en la escala Energía de 36,10 vs 36,14, en la escala Afabilidad 43,19 vs 41,71, en la escala Tesón 38,38 vs 37,38, en la escala Estabilidad Emocional 37,62 vs 36,71 y en la escala Apertura Mental 34,95 vs 33,86. Las diferencias entre las puntuaciones en todas las escalas no tuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Mientras, al comparar las puntuaciones logradas por los sujetos sin comorbilidad tanto tras la primera aplicación del *BFQ* con las de la segunda aplicación del *BFQ*, hallamos en medias en la escala de Energía de 38,10 vs 38,24, en la escala Afabilidad 53,10 vs 50,63, en la escala Tesón 37,35 vs 37,31, en la escala Estabilidad Emocional 55,24 vs 53,9 y en la escala Apertura Mental 37,2 vs 35,63. Las diferencias entre las puntuaciones en las escalas Afabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental fueron estadísticamente significativas. Mientras en las escalas Tesón y Energía las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En relación con las puntuaciones de las escalas que variaron en el tiempo podemos afirmar las dimensiones que miden dichas escalas pueden constituir marcadores de estado debido a la subdimensiones que las conforman, tal como expusimos respecto al cambio en las puntuaciones en el perfil según el *BFQ* para toda la muestra del estudio. Asimismo, las dimensiones que miden las escalas Tesón y Energía están constituidas por subdimensiones que podrían conformar marcadores de rasgos. En un modelo dimensional de la personalidad es posible captar la riqueza de la variabilidad de la personalidad normal entre sujetos e individual en el tiempo.

Teniendo en cuenta los hallazgos tanto en los grupos con TB tipo I con y sin comorbilidad con TP, confirmamos nuestra hipótesis de trabajo respecto a que el perfil de personalidad en los pacientes con comorbilidad se mantiene sin cambios en el tiempo mientras en el grupo sin comorbilidad el perfil cambia en el tiempo. No hay ningún estudio publicado hasta ahora que hay efectuado valoraciones en diferentes momentos del perfil de personalidad de los pacientes con comorbilidad con los TP y sin comorbilidad y además, que compare los perfiles obtenidos.

En relación con la ausencia de cambios en las puntuaciones en las escalas que miden las dimensiones del perfil de personalidad según el modelo de los Cinco Grandes, estas podrían constituir marcadores de rasgos para los pacientes con comorbilidad con los TP. Lo anterior podría estar ligado a las características, en general, de los TP: “actitudes y comportamientos marcadamente faltos de armonía que afectan a la afectividad, la excitabilidad, al control de los impulsos, las formas de percibir y pensar, y al estilo de relacionarse con los demás. Asimismo, esta forma de comportamiento es duradera, generalizada” según la CIE 10 (CIE

10, 1992) y según el DSM IV “un patrón permanente, inflexible y estable en el tiempo de experiencia interna y de comportamientos” (DSM IV TR, 2002).

Igualmente, el modelo de personalidad de los Cinco Grandes, ha sido propuesto como uno de los modelos explicativos de los TP en donde las puntuaciones extremas en las dimensiones podrían facilitar la definición de los TP e incluso ser predictores de los mismos. Sin embargo, las investigaciones afirman que no habría un perfil único para los TP, sino según cada tipo de TP. A su vez, en los perfiles habría dimensiones con puntuaciones similares y diversas cuando se comparan sujetos con TP y sin TP (Saulsman L y Page AC, 2004; Iglesias G, Gimeno TA, Díaz C e Inda-Caro M, 2000; Inda-Caro M et al, 2006; Miller JD et al, 2005; Byraban A y Ramanaiah N, 1999; Blackburn et al, 2005, Miller JD, Pilkonis PA y Clifton A, 2005; Miller JD et al, 2005; McCrae RR et al, 2001; Morey L et al, 2000; Reynolds SP y Clark LA, 2001).

En resumen, los pacientes con TB tipo I y con comorbilidad con los TP se diferencian de los pacientes sin comorbilidad con los TP, en que su perfil de personalidad no cambian en el tiempo, principalmente en las escalas que pueden funcionar como marcadores de rasgo para toda la muestra: Energía y Tesón. Lo anterior apoyándonos en el hallazgo de la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones al inicio y tras los seis meses de seguimiento en toda la muestra. Es más, en los sujetos con comorbilidad con los TP, es posible que algunos de los componentes de las dimensiones Afabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental actúen como marcadores de rasgo. Mientras en los sujetos sin comorbilidad las mismas escalas con sus componentes funcionan como marcadores de estado, lo anterior fundamentado en el cambio estadísticamente significativo entre las puntuaciones al inicio y tras los seis meses de seguimiento, en el grupo de pacientes sin comorbilidad con los TP y en toda la muestra.

Con respecto a la valoración dimensional de la personalidad de los sujetos con comorbilidad con los TP, nos presenta un perfil rígido, inflexible, mientras en los sujetos sin comorbilidad con los TP, el perfil es dinámico, flexible, como las personalidades no patológicas.

LIMITACIONES

Entre las limitaciones del presente estudio esta la dificultad de establecer si los rasgos de personalidad que encontramos pueden estar influenciados por la enfermedad o no. Así como la presencia o no de comorbilidad con los TP, como resultado del curso de la enfermedad en algunos pacientes.

El diseño ideal para superar este tipo de obstáculo es prospectivo con una cohorte de seguimiento de los pacientes desde el inicio de la enfermedad, con varias valoraciones a lo largo del tiempo, en diferentes etapas vitales. Asimismo, la discusión en torno a si la comorbilidad con los TP es anterior al diagnóstico del TB o no, sólo se aclararía con este tipo de diseños. El tipo de diseño ideal es costoso y requiere de un equipo de trabajo permanente, sin embargo se corre el riesgo de que el porcentaje de pérdida de pacientes sea muy elevado, con las consecuencias que ello genera.

Una de las limitaciones del estudio es la falta de un grupo control de sujetos sanos. La existencia de un grupo control de individuos sin enfermedad mental podría aportar mayor información, principalmente al tener la posibilidad de comparar las puntuaciones del *BFQ*. En general, los estudios con grupo control realizan una sola medición en el tiempo, debido a la dificultad en mantener un número crítico de sujetos sin enfermedad en el seguimiento. Lo anterior debido a que los sujetos sin enfermedad mental no tienen razones para volver a los hospitales, como si las tienen los pacientes.

En nuestro caso optamos por tomar como grupo control a los pacientes sin comorbilidad con los TP debido a la relativa facilidad de seguirlos en el tiempo, ya que ambos grupos de pacientes pertenecen a los mismos programas de TB en los respectivos hospitales.

Otra limitación relativa es la falta de más profesionales que llevaran a cabo la evaluación de los TP, relativa porque metodológicamente los dos o más profesionales tendrían que tener el mismo entrenamiento en la valoración de los TP con la *SCID II*, lo cual es difícil de coordinar en el contexto del estudio: los Programas de TB que se llevan a cabo en el ámbito de las consultas externas, con pocos psiquiatras –sin dedicación exclusiva al mismo- y con alto volumen de consulta debido al diseño del seguimiento cercano en el tiempo de los

pacientes. Sin embargo, el diseño del tipo de seguimiento que se efectúa a los pacientes es los que permitió un porcentaje de continuidad de los sujetos en el estudio del 97,2%.

Asimismo, otra limitación es el tipo de pacientes que acude a los programas de TB. Pueden o no ser diferentes de los que acuden a controles en los centros de Salud Mental, principalmente en el caso del grupo de sujetos del programa de TB del Hospital Puerta de Hierro, mientras en la provincia de Cuenca la atención a los pacientes con TB tipo I se encuentra centralizada en dicho programa, sin embargo esto no descarta que hay pacientes que prefieran realizar el seguimiento de su enfermedad fuera de la provincia o en los Centros de Atención Primaria. En nuestro estudio para disminuir el impacto de esta limitación establecimos criterios de inclusión con amplitud de edades y con criterios de exclusión que básicamente impiden llevar a cabo las valoraciones y el seguimiento en el tiempo, por ejemplo ancianos e individuos con adicciones severas a psicoactivos.

Por último podría mencionarse al tiempo de seguimiento de seis meses, tal vez con un tiempo de seguimiento mayor se enriquecerían los datos encontrados, pero la disponibilidad de los pacientes y la continuidad de los mismos en el estudio se mermarían.

Finalmente, siempre existen objetivos o mediciones que podrían haberse efectuado, como la aplicación de instrumentos de medición del temperamento. Sin embargo, hay que tener en cuenta que un gran número de instrumentos aumenta el tiempo de evaluación de los pacientes, con lo cual la disponibilidad de los mismos se pone en riesgo.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de los Trastornos de la Personalidad, según criterios del DSM IV y valorados con la *SCID II*, en los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I, es estable en el tiempo, independiente del estado de eutimia o no. La prevalencia encontrada es del 31,9%.
- Las valoraciones positivas para los Trastornos de la Personalidad según el cuestionario autoaplicado del *IPDE* en pacientes con Trastorno Bipolar tipo I no son estables en el tiempo. El cuestionario autoaplicado tiende a sobre-detectar los Trastornos de la Personalidad. Por lo anterior, el cuestionario autoaplicado del *IPDE* no aporta información equivalente a la que proporciona una entrevista estructurada con la *SCID II*.
- Los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I y comorbilidad con los Trastornos de la Personalidad no se diferencian en el curso clínico de la enfermedad sino en el nivel de funcionamiento global que es peor respecto al de los sujetos sin comorbilidad.
- El perfil de personalidad para los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I, según el Cuestionario “Big Five” o de los Cinco Grandes, no es estable en el tiempo en las dimensiones: Afabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental, por lo tanto dichas dimensiones se constituyen como marcadores de estado. Mientras las dimensiones Energía y Tesón si son estables y se configuran como marcadores de rasgo.
- El perfil de personalidad según el *BFQ* en los pacientes con comorbilidad con los TP en el Trastorno Bipolar tipo I es estable en el tiempo por lo tanto las dimensiones se configuran como marcadores de rasgo en este grupo de sujetos.
- No hay ningún estudio publicado hasta ahora, en pacientes con Trastorno Bipolar tipo I y comorbilidad con los Trastornos de la Personalidad, que sea totalmente prospectivo, tanto al establecer los tres meses de eutimia según los

criterios de van Gorp como al incluir un período de seguimiento. Asimismo, no hay publicado, hasta la fecha, ningún estudio en pacientes con Trastorno Bipolar tipo I y comorbilidad con los Trastornos de la Personalidad que efectuó valoraciones de la personalidad con la SCID II, el cuestionario autoaplicado del *IPDE* y el cuestionario *BFQ*, en dos momentos en el tiempo, tras tres meses de eutimia y después de un período de seguimiento.

REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

Akiska HSI, 1981. HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatr Clin North Am* 4:25-26.

Akiskal HS, 1985. Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 46:41-8.

Akiskal HS, 2003. Borderline personality or bipolar II? Program and abstract of American Psychiatry Association 156th Annual Meeting, San Francisco, CA (Abstract S100A).

Akiskal HS, Hauntouche EG y Lancrenon S, 2003. Bipolar II with and without bipolar temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord* 73:49-57.

Akiskal HS, Hirschfeld RMA, Yerevanian BI, 1983. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:801-10.

Akiskal HS, 1999. Bipolarity: beyond classic mania. *Psychiatric Clin N Am* 22,512-703.

Akiskal HS, Bourgeois M, Angst J, Post R, Möller H-J y Hirschfeld R, 2000. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 59: S5-S30.

Alden LE, Laposa JM, Taylor CT y Ryder AG, 2002. Avoidant personality disorders: current status and future directions. *Journal of Personality Disorders* 16:1-29.

Angst J, 1986. The course of affective disorders. *Psychopatology* 1986,19 (suppl 2):47-52.

Angst J y Gamma A, 2008. Diagnosis and course of affective psychosis: was Kraepelin right?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258 (suppl 2):107-110.

Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D y Rössler W, 2003. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 73:133-146.

Angst J, 1998. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 50, 143-151.

Angst J, 1996. Comorbidity of mood disorders: a longitudinal prospective study. *Br J Psychiatry* 30(suppl):31-37.

Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skeppar P, Vieta E y Scott J, 2005. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 88:217-233.

Atre-Vaidya N y Hussain SM, 1999. Borderline personality disorder and bipolar mood disorder: two distinct disorders or a continuum?. *J Nerv Ment Dis* 187:313-315.

Baca BE y Roca BM, 2004. Personalidad y trastorno de la personalidad: historia y evolución de los conceptos, en: *Trastornos de la Personalidad*, Editorial Ars Médica, Barcelona.

Bagby RM, Young LT, Schuller DR et al, 1996. Bipolar disorder, unipolar depression and the Five-Factor Model of Personality. *J Affect Disord* 41:25-32.

Bajaj P y Tyrer P, 2005. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2005 18:27-31.

Ball SA, 2001. Reconceptualizing personality disorders categories using personality trait dimensions: introduction to special section. *Journal of Personality*. 2001, 69,147-153.

Barbato N y Hafner JR, 1998. Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998;32:276-280.

Bech P, 1996. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening, 2ª edición Berlin: Springer.

Benerke M y Rasmus W, 1992. Clinical global impression (ECDEU): some critical comments. *Pharmacopsychiatry* 25:171-176.

Biederman J, Kein RG, Pine DS y Klein DF, 1998. Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepuberal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:1091-1096.

Beigel A, Murphy D y Bunney WE, 1971. The Manic State Rating Scale: scale construction, reliability, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 55: 256-262.

Bieling PJ, MacQueen GM, Marriot MJ et al, 2003. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord* 2003; 5 :14-21.

Blackburn R, Logan C, Renwick SJD y Donnelly JP, 2005. Higher-order dimensions of personality disorder: hierarchical structure and relationships with the five-factor model, the interpersonal circle, and psychopathology. *Journal of Personality Disorders* 19(6):597-623.

Blanca M J, Rando B, Frutos M y López-Montiel G, 2007. Perfil psicológico de potenciales donantes y no donantes de órganos. *Psicothema* vol.19(3):440-445.

Bobes J, Portilla MPG, M, Bascarán MT et al, 2004. Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Médica*, 3ª edición.

- Botella P, Bargalleni A, Rovesti S et al, 1999.* Emotional stability, anxiety, and natural killer activity under examination stress. *Psychoneuroendocrinology* 24:613-627.
- Bornstein RF, 1998.* reconceptualizing personality disorders diagnosis in the DSM IV: the discriminant validity challenge. *Clinical Psychology: Science and Practice* 5:333-343.
- Brand S, Luethi M, von Planta A, Hatzinger M, Holsboer-Traschler E, 2007.* Romantic love, hypomania and sleep pattern in adolescents. *J Adolesc Health* 41:69-76.
- Brieger P, Ehrt U y Marneros A, 2003.* Frequency of comorbidity personality in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003;44:28-34.
- Byravan A y Ramanaiah N, 1999.* Structure of personality disorders from the perspective on the revised neo personality inventory domain scales and the psychopathology 5 scales. *Psychological Reports* 85:1119-1122.
- Caims JA y Johnston KM, 1992.* Assessing the severity of depressive illness. *J Clin Psicol.* 48: 455-62.
- Caprara GV, Barbaranelli C y Borgogni L, 2001.* BFQ Cuestionario “Big Five”. Manual de uso. TEA Ediciones.
- Caprara GV, Barbaranelli C y Borgogni L, 1995.* BFQ Cuestionario “Big Five”, cuadernillo. TEA Ediciones.
- Carpenter D, Clarkin J, Glick I, Wilner P et al, 1995.* Personality pathology among married adults with bipolar disorder. *J Affect Disord* 1995;34:269–274.
- Carrasco O M y del Barrio G M, 2007.* Temperamental and personality variables in child and adolescent depressive symptomatology. *Psicothema* vol 19(1):43-48.
- Casano GB, Pini S, Sættoni M, Rucci P, Dell’Osso L, 1998.* Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 59, 60-68.
- CIE 10, 1992.* CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Madrid, Ed. Meditor.
- Charney DS, Nelson JC y Quinlan DM, 1981.* Personality traits and disorder in depression. *Am J Psychiatry* 138:12:1601-1604.
- Chen YW y Disolver SC, 1995.* Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Research* 59:57-64.

Chen YW y Disalver SC, 1995. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from Epidemiologic Catchment Area Survey. *Am J Psychiatry* 152:280-282.

Cohen P, Crawford TN, Johnson JG y Kasen S, 2005. The Children in the Community Study of developmental course of personality disorders, 19, 466-486.

Coid J, 1993. An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 193;162:641-50.

Coid J, Yang M, Tyrer P et al, 2006. Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *Br J Psychiatry* 188:423-431.

Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A et al, 2000. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 61:549-555.

Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A et al, 2002. Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la escala de Young. *Med Clin* 119:366-377.

Costa PT Jr y McCrae RR, 1990. Personality disorders and the five factor model of personality. *Journal of personality disorders* , 4, 362-371.

Costa, Paul T Jr and McCrae Robert, 1995. Domains and facets hierarchical personality assessment using the revised neo personality inventory. *Journal of personality assessment* , 64(1), 21-50.

Crawford TN, Cohen P, Johnson JG et al, 2005. Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *J Personal Disord* 19:30-52.

Del Porto JA, 2004. Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. *Rev Bras Psiquiatr* 26(suppl III):7-11.

Dressen L y Arntz A, 1998. The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: best-evidence synthesis. *Behavior Research and Therapy* 36:483-504.

DSM III, 1980. Diagnostic and Statistical Manual 3^a edition. American Psychiatric Association. Washington, American Psychiatric Press.

DSM III R, 1987. Diagnostic and Statistical Manual Revised 3^a edition. American Psychiatric Association. Washington, American Psychiatric Press.

DSM IV, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a edition. American Psychiatric Association, Washington, American Psychiatric Press.

DSM IV -TR 2002, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto Revisado. Directores de la edición española: López Ibor Aliño JJ y Valdés Miyar M. Madrid, Edit. Masson.

Dunayevich E, Strakowski S, Sax K et al, 1996. Personality disorders in first and multiple-episode mania. *Psychiatry Research* 64:69-75.

Dunayevich E, Sax KW, Keck PE et al, 2000. Twelve month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *J Clin Psychiatry* vol 61(2 feb):134-139.

Dunner DL, Patrick V and Fieve RR, 1977. Rapid cycling manic depressive patients. *Compr Psychiatry* 18, 561-566.

Durbin CE y Klein DN, 2006. Ten year stability of personality disorders among outpatients with mood disorders. *J Abnormal Psychology* vol.115 (N1):75-84.

Ekselius L, Tillfors M, Furmark T y Fredrikson M, 2001. Personality disorders in the general population: DSM-IV y ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Pers Indv Differ* 30:311-320.

Elkins IJ, Iacono WG, Doyle AE y McGeu M, 1997. Characteristics associated with persistence of antisocial behavior: results from recent longitudinal research. *Agression y Violent Behavior* 2:101-124.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J, 1976. The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33, 766-71.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, 1975 Mental Status Examination Record (MSER): Reliability and validity. *Comp Psychiatry* 16: 285-301.

Faedda GL, Baldessarini RJ, Suppes T et al, 1995. Pediatric-onset bipolar disorder: a neglected clinical and public health problem. *Harv Rev Psychiatry* 3:171-195.

Fadiman J y Frager R, 2001. Teorías de la personalidad, segunda edición, traducción de la cuarta en inglés, Oxford University Press.

First M, Spitzer R, Gibbon M y Williams J, 1999. Entrevista Clínica estructurada para los Trastornos del eje I del DSM IV versión clínica SCID I. Editorial Masson.

Foster JA y MacQueen G, 2008. Neurobiological factors linking personality traits and major depression. *Can J Psychiatry* 53(1):6-13.

Framer RF, 2000. Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders. *Clin Psychol Review* 20:823-851.

Furukawa T, Hori S, Yoshida S et al, 1998. Premorbid personality traits of patients with organic_ICD-10 F0., schizophrenic _F2. , mood _F3. , and neurotic_F4. disorders according to the five-factor model of personality. *Psychiatry Research* 1998;78:179-187.

Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM y Ritzler BA et al, 2005. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. *J Clin Psychiatry* 66:3: 339-345.

George E, Miklowitz D, Richards J et al, 2003. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorders* 2003;5:115-122.

Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ et al, 1982. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and control probando. *Arch Gen Psychiatry* 39, 1157-1167.

Gerrit G, 2006. Person, personality, self and identity a philosophically informed conceptual analysis. *Journal of Personality Disorders* 20(2):126-138.

Ghaemi SN, 2008. Toward a Hipocratic psychopharmacology. *Can J Psychiatry* 53(3):189-196.

Gili PM y Roca BM, 2004. Modelos sobre los trastornos de la personalidad, en: *Trastornos de la Personalidad*, Editorial Ars Médica, Barcelona.

Gil-Olarte M, Palomera M y Brackett MA, 2005. Relating emotional intelligence to social competence and academic achievement in high school students. *Psicothema* vol 18(suppl):118-123.

Goodwin F y Jaminson K, 1990. Manic depressive illness. Oxford: Oxford University Press.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ y Pickering RP, 2004. Prevalence, correlates and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 65:948-958.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ y Pickering RP, 2004. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 61:361-368.

Grant BF, Stinson F, Hasin DS et al, 2005. Prevalence, correlates and comorbidity of bipolar I disorders and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66:1205-1215.

Guy W ED, 1976. Clinical Global Impression. In: (ECDEU) Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual for pharmacology. Rockville, MD; National Institute Mental Health pags:217-221.

Hamilton M, 1960. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23, 56-62.

Hamilton M, 1967. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278-296.

Haro JM et al, 2003. The Clinical Global Impresión-schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Act Psychiatr Scan suppl*(416):16-23.

Healy D, Harris M, Farquhar F, Tschinkel S y Le Noury J, 2008. Historical overview: Kraepelin`s impact on psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258 (suppl 2):18-24.

Hedlund JL, Vieweg BW, 1979. The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *J Operat Psychiatry* 10: 149-165.

Hippius H y Müller N, 2008. The work of Emil Kraepelin and his research group in München. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258 (suppl 2):3-11.

Hirschfeld R y Vornik L, 2005. Bipolar disorder-costs and comorbidity. *Am J Manag Care* 11:S85-S90.

Hoyer EH, Mortensen PB y Olsen AV, 2000. Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorder admitted for the first time between 1973 and 1993. *Br J Psychiatry* 176:76-82.

Iglesias García C, Gimeno TA, Díaz Conesa e Inda-Caro M, 2000. Evaluación dimensional de los Trastornos de la Personalidad definidos categorialmente, cinco factores versus clasificación DSM IV. Estudio Piloto. *Actas Esp Psiquiatr* 28(2):71-76.

Inda-Caro M, Lemos-Giráldez S, Palno-Piñero M et al, 2006. Dimensiones de los trastornos de la personalidad y correlatos neurofisiológicos. *Actas Esp Psiquiatr* 34(3):175-184.

Judd LL, Akiskal HS, Schettler P et al, 2002. The Long-term Natural History of the Weekly Symptomatic Status of Bipolar I Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(6):530-537.

Judd LL, Akiskal HS, Schletter P et al, 2003. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60(3):261-269.

Khan A, Khan SR, Shankles EB et al, 2002. Relative Sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression Rating Scale and the Clinical Global Impression in antidepressant clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol* 17:281-285.

Kantojärvi L, Veijola J, Läksy K et al, 2004. Comparison of hospital-treated personality disorders and personality disorders in a general population sample. *Nord J Psychiatry* vol 58(N 5):357-362.

Kay JH, Altshuler LL, Ventura J et al, 1999. Prevalence of axis II Comorbidity in Bipolar Patients with and without alcohol use disorders. *Annals of Clinical Psychiatry* vol 11(4):187-195.

Kay JH, Altshuler LL, Ventura J and Mintz J, 2002. Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. *Bipolar Disorders* 4:237-242.

Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM et al, 1996. Factor associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry* 57:292-297.

Kendler K, 2001. Twin studies of psychiatric illness: an update. *Arch Gen Psychiatry* 58:1005-1014.

Keown P, Holloway F y Kuipers E, 2002. The prevalence, of personality disorders, psychotic disorders and affective disorders amongst the patients seen by a community mental health team in London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37:225-29.

Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eschleman S et al, 1994. Lifetime and 12 month prevalence of DSM III R psychiatry disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51(1):8-19.

Kessler R, Berglund P, Demler O et al, 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6):593-602.

Kessler R, Stang P, Wittchen H et al, 1999. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine* 29(3):555-567.

Kessler RC, Demler O, Frank RG et al, 2005. Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003. *N Engl J Med* 352:2515-2523.

Klerman GL, 1981. The spectrum of mania. Compr Psychiatry 22,11-20.

Koukopoulos A y Koukopoulos A, 1999. Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. Psychiatr Clin North Am 22(3):547-64.

Knutson B, Wolkwitz OM, Cole SW, Cahn T, Moore EA, Johnson RC et al, 1998. Selective alteration of personality and social behaviour by serotonergic intervention. Am J Psychiatry 155:373-379.

Krueger RF, 2005. Continuity of axes I y II: toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. J of Personality Disorders 19(3):233-261.

Krueger RF y Tackett JL, 2003. Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. Journal of Personality Disorders 17:109-128.

Lara D y Akiskal H, 2006. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: II. Implications for neurobiology, genetics, and psychopharmacology. J Affect Disord 94:89-103.

Lara D, Pinto O, Akiskal H et al, 2006. Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I. Clinical implications. J Affect Disord 94:67-87.

Lewin TJ, Slade T, Andrews G, Carr VJ y Hornarbrook CW, 2005. Assessing personality disorders in a national mental health survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40:87-98.

Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L et al, 1997. Detecting personality disorders in a non-clinical population. Application of 2-stage procedure for case identification. Arch Gen Psychiatry 54:345-51.

Lenzenweger MF, Lane M, Loranger AW et al, 2007. DSM IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Biol Psychiatry 62:553-564.

Lenzenweger MF, 2008. Epidemiology of personality disorders. Psychiatr Clin North Am sep vol 31(3):395-403.

Linehan MM, LLeard HL y Amstrong HE, 1993. Naturalistic follow-up of a behaviour treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 50:971-974.

Livesley WJ, 2004. Introduction to the special feature on recent progress in the treatment of personality disorders. Journal of Personality Disorders 18:1-2.

Livesley WJ, Jang KL y Vernon PA 1998. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorders. Arch Gen Psychiatry 55:941-948.

Loftus ST y Jaeger J, 2006. Psychosocial outcome in bipolar I patients with a personality disorder. *J Nerv Ment Dis* vol. 194(12 dec):967-970.

Loftus ST, Garino JL, Jaeger J y Malhotra AK, 2008. Temperament and character dimensions in bipolar disorder: a comparison to healthy controls. *J Psychiatry Research* 42:1131-1136.

López Ibor A, Pérez UA y Rubio LV, 1996. IPDE International Personality Disorders Examination. Madrid: Meditor SL.

López-Pérez A y Calero-García M, 2008. Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres sanas. *Psicothema* vol 20(3):420-426.

Loranger A, Sartorius N, Andreoli A et al, 1994. The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 51(3), 215-224.

Loranger AW, 1992. Are current self-report and interview measures adequate for epidemiological studies of personality disorders?. *J Pers Disord* 6:313-325.

Luborsky L, 1962. Clinicians' Judgments of Mental Health. *Arch Gen Psychiatry* 7: 407-17.

Luh SP, Yun MN, Lin YR et al, 2007. A study on the personal traits and knowledge base of Taiwanese medical students following problem-based learning instructions. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* vol 36(9):743-750.

Mantere O, Melartin TK, Suominen K, Rytsala et al, 2006. Differences in Axis I and II Comorbidity between Bipolar I and II disorders and Major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 67:4

Marcos T, 1997. Psicometría. En : Vieta E, Gastó C. (eds). *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer Verlag Ibérica pags. 240-59.

Markon KE, Krueger RF y Watson D, 2005. Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *J of Personality and Social*.

Martínez R, Bourgeois M, Peyre F et al, 1991. Estudio de la validación de la escala de Montgomery y Asberg. *Rev As Esp Neuropsiquiatría* 1991; 11: 9-14. *Psychology* 88:139-157.

McCrae, RR y Costa PT Jr, 1983. Joint factors in self-reports and ratings: neuroticism, extraversion, and openness to experience. *Personality and Individual Differences* 4,245-255.

McCrae RR y Costa Paul T Jr, 1987. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology* Vol. 52, N° 1, 81-90.

McCrae RR, Yang J, Costa PJr et al, 2001. Personality profiles and the prediction of categorical personality disorders. *J Personality Disorders* 69(2):156-175.

McElroy S, Altshuler L, Suppes T et al, 2001. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 158(3): 420-426.

McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC et al, 2000. The Collaborative longitudinal personality disorders study: baseline axis I/II and II/III diagnostic co-occurrence. *Act Psychiatry Scand* 102:256-264.

McIntyre RS y Konarski JZ, 2004. Bipolar disorder: a national health concern. *CNS Spectr* 9(11 suppl 12):6-15.

McIntyre RS, Kornaski JZ y Yatman L, 2004. Comorbidity in bipolar disorder: a framework for rational treatment selection. *Human Psychopharmacology Clin Exp* 19:369-386.

Miller JD, Pilkonis PA y Mulvey EP, 2006. Treatment utilization and satisfaction: examining the contributions of axis II psychopathology and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders* 20(4):369-387.

Miller JD, Bagby RM, Pilkonis PA Reynolds SK y Lynam DR, 2005. A simplified technique for scoring DSM –IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment*, Volume 12(4-dec):404-415.

Miller JD, Pilkons PA y Clifton A, 2005. Self and other reports of traits from the five-factor model: relations to personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 19(4):400-419.

Morey L, Gunderson J, Quigley B y Lyons M, 2000. Dimensions and categories: the big five factors and the DSM personality disorders. *Assessment* vol 7 (3):203-216.

Mulder RT, 2002. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry* 159: 359-371.

Nowakowska C, Strong C, Santosa C, Wang PW y Ketter T, 2005. Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls and healthy control. *J Affect Disord* 85:207-215.

O'Connell RA, Mayo JA y Sciutto MS, 1991. PDQ-R personality disorders in bipolar patients. *J Affect Disord* vol 23(4):217-221.

Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD et al, 1992. Diagnosis of DSM III R personality disorders by two semistructured interviews: patterns of Comorbidity. *Am J Psychiatry* 149:213-220.

Ortíz-Tallo M, Cardenal V, Blanca MJ et al, 2007. Multiaxial evaluation of violent criminals. *Psychol Rep* vol 100(3 pt.2):1065-1075.

Osby U, 2001. Osby U, Brandt L, Correia N et al. Excess Mortality in Bipolar and Unipolar Disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(9): 844-850.

Osher Y, Cloninger CR y Belmaker RH, 1996. TPQ in euthymic manic-depressive patients. *J Psych Research* 30:353-357.

Panzetta AF, 1974. Toward a scientific psychiatric nosology: conceptual and pragmatic issues. *Arc Gen Psychiatry* 30:154-161.

Paris J, 2004. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harv Rev Psychiatry* 12:140-145.

Paris J, 2004. Outcome and epidemiological research of personality disorders: implications for classification, *Journal of Personality Disorders*, 19(5),557-562.

ParisJ, 2004. Borderline or Bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harv Rev Psychiatry* vol 12(3):140.145.

Parker G, Parker K, Malhi G et al, 2004. Studying personality characteristics in bipolar depressed subjects: how comparator group selection can dictate results. *Acta Psychiatr Scand* 109:376-382.

Paulhus D y Reynolds S, 1995. Enhancing target variance in personality impressions: highlighting the person in person perception. *J of Personality and Social Psychology* vol 69(6):1233-1242.

Pérez Urdaniz A, Vega Fernández M, Martín Navarro N et al, 2005. Discrepancias diagnósticas entre la CIE 10 y el DSM IV en los trastornos de la personalidad. *Actas Españolas Psiquiatr* 33(4):244-253.

Pérez Prieto JF, 2001. Estudio de validación de la entrevista estructurada SCID II para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Tesis doctoral. Biblioteca de la Universidad de Valencia, año académico del 2001.

Peselow ED, Sanfilipo MS, Fieve RR et al, 1995. Relationship between hypomania and personality disorders before and after successful treatment. *Am J Psychiatry* 152:232-8.

Pica S, Edwards J, Jackson HJ, Bell RC, Bates GW y Rudd RP, 1990. Personality disorders in recent-onset bipolar disorders. *Compr Psychiatry* vol 31(6):499-510.

Picardi A, Caroppo E, Toni A et al, 2005. Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the psychobiological model of personality. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice* 78:327-345.

Picardi A, Toni A y Caroppo E, 2005. Stability of alexithymia and its relationships with the big five factors, temperament, character, and attachment style. *Psychother Psychosom* vol 74(6): 371-378.

Pini S, de Queiroz V, Pagnin D et al, 2005. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology* 15:425-434.

Plomin R y McGuffin P, 2003. Psychopathology in the postgenomic era. *Annual Review of Psychology* 54:205-228.

Poolsup N, Li Wan Po A y Oyebode F, 1999. Measuring mania and critical appraisal of rating scales. *J Clin Pharm Ther* 24: 433-443.

Potts MK, Daniels M, Burnam A, 1990. A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: evidence of reliability and versatility of administration. *J Psychiatr Res*, 24: 335-50.

Pozzi F, Troisi A, Cerelli et al, 2003. Serum cholesterol and impulsivity in a large sample of healthy young men. *Psychiatry Res* 120:239-245.

Ramos-Brieva JA, Cordero, 1988. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 14, 324-334.

Ranga K, 2005. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine* 67:1-8.

Rehm L y O'Hara M, 1985. Item characteristics of the Hamilton Taring Scale for Depression. *J Psychiatr Res*, 19: 31-41.

Regier DA, Myers J, Kramer M et al, 1984. The NIHM Epidemiologic Catchment Area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arc Gen Psychiatry* 41:934-941.

Regier DA, Boyd JH, Burke Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M et al, 1988. One-month prevalence of mental disorders in the United States based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 45, 977-986.

Regier DA, Framer ME, Rae DS et al, 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 246:2511-2518.

Reynolds SK y Clark LA, 2001. Predicting dimensions of personality disorders from domains and facets of the five-factor model. *J Personality Disorders* 69(2):199-222.

Reynolds WM, Kobak KA, 1995. Reliability and validity of the Hamilton Depression Inventory: a paper-and-pencil version of the Hamilton Rating Scale Clinical Interview. *Psychological Assessment* 7: 472-83.

Robins E y Guze SB, 1970. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 107-111.

Roca B, Baca E, Leal C y col, 2004. Roca Bennasar M, Baca E, Leal C, Vallejo R, Cervera S y Giner J. Modelos sobre los trastornos de la Personalidad, en: *Trastornos de la personalidad*, Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Ed. Ars Médica, 2004, págs:37-50.

Rogers R, 2003. Standardizing DSM IV diagnoses: the clinical applications of structured interviews. *J Personality Assessment* 81:220-225.

Rossi A, Marinangeli MG, Butti G et al, 2001. Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal Affective Disorders* 65:3-8.

Röttig D, Röttig S, Brieger P y Marneros A, 2007. Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes. *J Affect Disord* 104:97-102.

Salvatore P, Baldessarini RJ, Centorrino F, Egli S, Albert M, Gerhard A et al, 2002. Weigandt's on the mixed states of manic-depressive insanity: a translation and commentary on its significance in the evolution of the concept of bipolar disorder. *Harvard Rev Psychiatry*, 10(5):255-75.

Sánchez R y Rodríguez-Losada J, 2003. Validez y Confiabilidad de la entrevista clínica, en: Fundamentos de Psiquiatría Clínica. Sánchez Rodríguez-Losada Editores, Bogotá.

Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF y McHugh PR, 1994. DSM-III personality disorders in the community. Am J Psychiatry 151:1055-1062.

Samuels J, Eaton WW, Bienvenu J, Clayton P, Brown H, Costa PT y Nestadt G, 2002. Prevalence, and correlates of personality disorders in a community sample. Br J Psychiatry 180:536-554.

Saulsman LM y Page AC, 2004. The five-factor model and personality disorder empirical literature: a meta-analytic review. Clinical Psychology review 23: 1055-1085.

Schiavone, 2004. Schiavone P, Dorz S, Conforti D et al. Comorbidity of DSM IV personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study. Psychol Rep 95(1):121-128.

Sedler M ,1983. Falret's discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness. Traslated by M J Sedler an Eric C Dessain. Am J Psychiatry 140, (9):1127-33.

Segal DL y Coolidge FL, 2003. Structured interviewing and DSM classification. In M Hersen & S Turner Eds, Adult psychopathology and diagnosis. 4ª ed pages 72-103. New York: Wiley.

Serrita JJ, Pagan JL,Turkheimer E et al, 2006. The interrater reliability of the structured interview for DSM IV-IV Personality. Compr Psychiatry 47:368-375.

Sharma R y Markar HR, 1994. Mortality in affective disorder. J Affect Disord 31:91-96.

Shorter E, 1997. A history of psychiatry. New York: John Wiley & Sons.

Silberschmidt AL y Sponeim SR, 2008. Personality in relation to genetic liability for schizophrenia and bipolar disorder: differential associations with the COMT val 108-158Met polymorphism. Schizophrenia Research 100:316-324.

Skodol AE, GundersonJG, Shea MT et al, 2005. The Collaborative Longitudinal Personality Study (CLPS): overview and implications. Journal of Personality Disorders, 19, 487-504.

Skodol AE, Oldham JM, Rosnick L et al, 1991. Diagnosis of DSM III R personality disorders: a comparison of two structured interview. International Journal of Methods in Psichiatric Research 1:13-26.

Smith D, Muir W and Blackwood D, 2004. Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? Harv Rev Psychiatry 12(3):133-139.

Soeteman DI, Verheul R y Busschbach JJ, 2008. The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *L Personal Disord* Vol 22 (3,jun):259-2268.

Soloff PH, 1998. Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective y impulsive-behavior dysregulation. *Bulletin of the Menninger Clinic* 62:195-214.

Solomon D, Shea Mt, Leon AC et al, 1996. Personality traits in subjects with bipolar disorder in remission. *Journal of Affective Disorders* 40: 41-48.

Sorvaniemi M y Hintikka J, 2005. Recorded psychiatric comorbidity with bipolar disorder-A finís hospital discharge register study. *Nord J Psychiatry* 59:531-533.

Spitzer RL, Endicott J, Fleiss JL et al, 1970. The Psychiatric Status Schedule: A technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. *Arch Gen Psychiatry* 23: 41-55.

Szádóczky E, Papp Z, Vitrai I, Rihmer Z y Furedi J, 1998. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. *J Affect Disord* 50: 155-162.

Tabarés-Seisdedos R, Balanzá-Martínez V, Sánchez-Moreno J et al, 2008. Neurocognitive and clinical predictors of functional outcome in patients with schizophrenia and bipolar I disorder at one-year follow-up. *J Affect Disord* 109:286-299.

Tollefson GD, Holman SL, 1993. Analysis of the Hamilton Depression Rating Scale factors from a double-blind, placebo –controlled trial of fluoxetine in geriatric mayor depression. *Int Clin Psychopharmacology* 8: 253-259.

Torgensen S, Kringlen E y Cramer V, 2001. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58:590-596.

Üçok A, Karaveli D, Kundakçi T and Yazici O, 1998. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Comprehensive Psychiatry* 39(2):72-74.

Valtonen H, Souminen K, Mantere O, Leppamäki S et al, 2005. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry* 66:1456-1462.

van Gorp, 1998. Van Gorp, W, Altshuler L, Theberge D et al, 1998. Cognitive Impairment in Euthymic Bipolar Patients With and Without Prior Alcohol Dependence: A Preliminary Study. *Arch Gen of Psychiatry* 55(1), 41-46.

van Praag HM, 1996. Comorbidity (psycho) analyzed. *Br J Psychiatry Suppl*:129-134.

Vázquez C, 1995. Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En Roa A. (ed). Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: CEPE pags: 163-209.

Verheul R y Widiger TA, 2004. A metanalysis of the prevalence and usage of the personality not otherwise specifiied (PDNOS) diagnosis. Journal of Personality Disorders,18, 309-319.

Vieta E, Colom F, Corbella B, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A and Gastó C, 2001. Clinical correlates of psychiatry comorbidity in bipolar I patients. Bipolar Disorders 3:253-258.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C et al, 1996. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorders. J Am Med Assoc 276, 293-299.

WHO, 2004. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 291(june):2581-2590.

Widiger TA, 1991. Personality disorder dimensional models proposed for DSM IV. J Person Disord 5:386-398.

Widiger TA, 1993. The DSM III R categorical personality disorders diagnoses: a critique and an alternative. Psychological Inquiry 4:75-90.

Widiger TA, 2002. Personality Disorders In M.M. Antony & D.H. Barlow Eds. Handbook of assessment, treatment planning, and outcome for psychological disorders (pags. 483-480). New York: Guilford Press.

Widiger TA y Samuel DB, 2005. Evidence-based assessment of personality disorders. Psychological Assessment vol.17(3):278-287.

Wood JM, Garb HN, Lilienfeld SO y Nezworski MT, 2002. Clinical assessment. Annual Review of Psychology 53:519-543.

Wozniak J y Biederman J, 1998. Childhood mania: insights into diagnostic and treatment issues. J Assoc acad Minor Physicians 8:78-84.

Wyatt RJ y Henter I, 1995. An economic evaluation of manic-depressive illness-1991. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol 30:213-219.

Young LT, Bagy RM, Cooke RG, Parker JD, Levitt AJ y Joffe RT, 1995. A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorders and unipolar depression. Psych Research 58:139-143.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE y Meyer DA, 1978. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry 133, 429-435.

Young RC, Nysewander RW y Schreiber MT, 1982. Mania rating at discharge from hospital: a follow-up. J Nerv Ment Dis 170: 638-9.

Young RC, Nysewander RW, Schreiber MT, 1983 . Mania scala scores, signs, and symptoms in forty inpatients. J Clin Psychiatric 44: 98-100.

Zanarini M, Frankenburg F, Hennen J y Kenneth S, 2003. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry vol 160(feb):274-283.

Zanarini MC, Frakenburg FR, Hennen J, Reich DB y Silk KR, 2005. The McLean Study Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. Journal of Personality Disorders, 19, 505-523.

Zimmerman M,1994. Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. Arch Gen Psychiatry 51:25-245.

Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I y Young ,2008. Is bipolar disorder overdiagnosed? . J Clin Psychiatry vol 69(6 jun):935-940.

ANEXOS

Anexo 1

FORMULARIO PARA RECOLECCION DE INFORMACION PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACION: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR TIPO I EUTIMICOS SEGÚN DSM IV

PRIMERA EVALUACION

I. DATOS DEMOGRAFICOS

1. Edad:
2. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
3. Estudios:
 - i. Primarios ☐
 - ii. Secundarios ☐
 - iii. Técnicos ☐
 - iv. Universitarios ☐
4. Ocupación:
 - i. Paro ☐
 - ii. Estudiante ☐
 - iii. Empleado ☐
 - iv. Jubilado ☐
5. Estado Civil: ☐
 - i. Soltero ☐
 - ii. Casado ☐
 - iii. Divorciado ☐
 - iv. Viudo ☐

Fecha	_____
Numero	_____
Registro	_____

II. NIVEL DE SINTOMAS

1. Hamilton para Depresión sintomático-mayor o igual de 7
2. Hamilton para depresión eutímico menor de 7
3. Young para manía sintomático mayor o igual de 6
4. Young para manía eutímico menor de 6

III. IMPRESIÓN CLINICA GLOBAL

1. Gravedad de la enfermedad
2. Mejoría global

IV. CLINICA

1. Número de años de enfermedad
2. Número de episodios de enfermedad
 - a. Depresión
 - b. Manía
 - c. Hipomanía
 - d. Mixtos
3. Tiempo transcurrido desde el último episodio de la enfermedad hasta la valoración (incluir los tres meses de eutimia). Meses

V. TRATAMIENTO

1. Número de fármacos
2. Fármacos _____

VI. NIVEL DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL puntuación de 0 a 100

VII. DIAGNOSTICO EN EJE II TRASTORNO DE PERSONALIDAD

SI ☐

NO ☐

1. Paranoide ☐
2. Esquizoide ☐
3. Esquizotípico ☐
4. Antisocial ☐
5. Límite ☐
6. Narcisista ☐
7. Histriónico ☐
8. Evitativo ☐
9. Dependiente ☐
10. Obsesivo-compulsivo ☐
11. No especificado ☐

VIII. VALORACION SEGÚN BFQ (puntuación)

1. Estabilidad Emocional ☐
2. Energía ☐
3. Apertura Mental ☐
4. Afabilidad ☐
5. Tesón ☐

IX. VALORACION POSITIVA PARA TP SEGÚN AUTOEVALUACION IPDE

SI ☐

NO ☐

1. Paranoide ☐
2. Esquizoide ☐
3. Esquizotípico ☐

- 4. Antisocial ☐
- 5. Límite ☐
- 6. Narcisista ☐
- 7. Histriónico ☐
- 8. Evitativo ☐
- 9. Dependiente ☐
- 10. Obsesivo-compulsivo ☐
- 11. No especificado ☐

OBSERVACIONES

Anexo 2

FORMULARIO PARA RECOLECCION DE INFORMACION PARA EL PROYECTO
DE INVESTIGACION: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES
CON TRASTORNO BIPOLAR TIPO I EUTIMICOS SEGÚN DSM IV

SEGUNDA EVALUACION

Fecha _____
Numero _____
Registro _____

I. TRASTORNO BIPOLAR TIPO I:

Eutimia 6 meses

1. SI ☐

2. NO ☐

3. Número de recaídas-episodios de enfermedad

II. TRATAMIENTO

1. Número de fármacos

2. Fármacos _____

III. NIVEL DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL puntuación de 0 a 100

IV. DIAGNOSTICO EN EJE II TRASTORNO DE PERSONALIDAD

SI ☐

NO ☐

1. Paranoide ☐

2. Esquizoide ☐

3. Esquizotípico ☐

4. Antisocial ☐

5. Límite ☐

☐

- 6. Narcisista
- 7. Histriónico ☐
- 8. Evitativo ☐
- 9. Dependiente ☐
- 10. Obsesivo-compulsivo ☐
- 11. No especificado ☐

V. VALORACION SEGÚN EL BFQ (puntuación)

- 1. Estabilidad Emocional ☐
- 2. Energía ☐
- 3. Apertura Mental ☐
- 4. Afabilidad ☐
- 5. Tesón ☐

VI. VALORACION POSITIVA PARA TP SEGÚN AUTOEVALUACION IPDE

SI ☐

NO ☐

- 1. Paranoide ☐
- 2. Esquizoide ☐
- 3. Esquizotípico ☐
- 4. Antisocial ☐
- 5. Límite ☐
- 6. Narcisista ☐
- 7. Histriónico ☐
- 8. Evitativo ☐
- 9. Dependiente ☐
- 10. Obsesivo-compulsivo ☐
- 11. No especificado ☐

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de los estudios de los Trastornos de la Personalidad en pacientes con Trastorno Bipolar.....	57
Tabla 2. Tratamientos farmacológicos en los 72 pacientes con TB tipo I.....	68
Tabla 3. Resumen a los aspectos sociodemográficos más relevantes de la muestra de 72 pacientes.....	95
Tabla 4. Resumen de los aspectos clínicos más relevantes de la muestra de 72 pacientes.....	96
Tabla 5. Puntuaciones en las escalas del BFQ.....	99
Tabla 6. Resumen de los adjetivos empleados en la descripción de las dimensiones del BFQ.....	100
Tabla 7. Aspectos relevantes de los resultados en la evolución dimensional según el BFQ.....	100
Tabla 8. Tipos de Trastornos de la Personalidad según <i>SCID II</i> tras la fase II.....	105
Tabla 9. Tipos de Trastornos de la Personalidad tras la fase II según cuestionarios autoaplicado del <i>IPDE</i> y la <i>SCID II</i>	109
Tabla 10. Rangos de los resultados en la EEAG.....	110
Tabla 11. Variables demográficas en pacientes con TP y sin TP.....	112
Tabla 12. Comparación en las variables clínicas entre pacientes con TP y sin TP.....	114
Tabla 13. Comparativa de las puntuaciones en el BFQ con TP y sin TP.....	116
Tabla 14. Comparativa de puntuaciones en la EEAG con TP y sin TP.....	119
Tabla 15. Porcentaje de recaídas en seis meses de seguimiento.....	120
Tabla 16. Tipos de Trastornos de la Personalidad tras la fase III.....	122

Tabla 17. Comparativa de Tipos de Trastornos de la Personalidad tras la fase III según el autoaplicado del IPDE.....	124
Tabla 18. Rangos de los resultados en la EEAG tras seis meses.....	125
Tabla 19. Tratamientos farmacológicos en los pacientes con TB tipo I.....	128
Tabla 20. Puntuaciones medias del BFQ en 70 sujetos tras los seis meses de Seguimiento.....	129
Tabla 21. Comparaciones de las puntuaciones medias del BFQ en 70 sujetos tras los seis meses de seguimiento.....	132
Tabla 22. Puntuaciones medias del BFQ en los sujetos con TP tras los seis meses de seguimiento.....	134
Tabla 23. Puntuaciones medias del BFQ en los sujetos sin TP tras los seis meses de Seguimiento.....	136

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. PERFIL BFQ PRIMERA VALORACION.....	101
Gráfico 2. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	117
Gráfico 3. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I SIN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	117
Gráfico 4. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I TRAS SEIS MESES.....	130
Gráfico 5. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I Y TP TRAS SEIS MESES.....	134
Gráfico 5. PERFIL BFQ PACIENTES CON TB TIPO I SIN TP TRAS SEIS MESES.....	136

ACRÓNIMOS

A: Afabilidad
Ac: Apertura a la cultura
Ae: Apertura a la experiencia
AM: Apertura Mental
APA: Asociación de Psiquiatría Americana
AUDADIS-IV: *Alcohol use disorder and associated disabilities interview Schedule-IV*
BDI: Inventario de depresión de Beck
BFQ: *Big Five Questionnaire*
BRMS: *Bech-Rafaelsen mania scale*
BPRS: *Brief psychiatry rating scale*
Ce: Control de emociones
Ci: Control de impulsos
Co: Cordialidad
Cp: Cooperación
CGI: *Clinical Global Impresión*
CGI-SI: *Clinical Global Impresión severity index*
CDS: *Collaborative depression study*
D: Distorsión
CIDI: Entrevista clínica internacional para enfermedades
CIE 10: Clasificación internacional de las enfermedades-OMS
CDRS: *Cornell Dysthymia rating scale*
CPLS: *Collaborative Longitudinal Personality Study*
CTQ: *Childhood trauma questionnaire*
Di: Dinamismo
Do: Dominancia
DIB: *Revised Diagnostic Interview for Borderlines*
DIS: *National Institute of Mental Health Diagnostics Interview Schedule*
DIPD: *Diagnostic Interview for Personality Disorders*
DSM: Manual diagnóstico de la enfermedades mentales-APA
DSM TR: Manual diagnóstico de las enfermedades mentales texto revisado
DU: depresión unipolar
DUP: depresión unipolar
E: Energía
EE: Estabilidad Emocional
Es: Escrupulosidad
EEAG: Escala de evaluación de la actividad global
ECA: *Epidemiological Catchment Study*
EEUU: Estados Unidos de Norte América
FFM: *five factor model*
GAS: *global assessment scale*
HABILOS: *Halle bipolarity longitudinal study*
HCL: *hypomania check list*
HRSD: *Hamilton Depression Rating Scale*

ICG: Impresión clínica global
 IDI: *dependence inventory*
 IPDE: *International personality disorder examination*
 IPDEQ: *International personality disorder examination questionnaire*
 IPDE-S: *International personality disorder examination questionnaire screen*
 LIFE: *longitudinal interval follow-up evaluation*
 LKA: *Lazare-Klerman-Armor Personality inventory*
 LSPD: *Longitudinal study of personality disorder*
 NCS: *National Comorbidity Survey*
 NCS-R: *National Comorbidity Survey-Replication*
 NEO FFI: *neuroticism, extraversion, openness five factor inventory*
 NEO PI: *neuroticism, extraversion, openness personality inventory*
 NEO PI R: *neuroticism, extraversion, openness personality inventory revised*
 NIMH: Instituto nacional de la salud mental,
 MMPI: *Minnesota Multiphasic personality inventory*
 MPI: *Maudsley personality inventory*
 MRS: *Mania Rating Scale*
 MSDA: *McLean Study of Adult Development*
 MSER: *Mental Status Examination Record*
 OMS: Organización mundial de la salud
 p: significancia estadística
 Pe: Perseverancia
 PDE: *Personality Disorder Examination*
 PDI-IV: *Personality Disorder Interview-IV*
 PDQ-R: *The personality diagnostic questionnaire revised*
 PERM: *Personality measure*
 PSS: *Psychiatric Status Schedule*
 RPMIP: Instrumento Multidiagnóstico para psicosis Royal Park
 SADS: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*
 SADS-C: *Schedule for affective disorders and schizophrenia change version*
 SADS-L: *Schedule for affective disorders and schizophrenia lifetime version*
 SANS: Escala para valoración de síntomas negativos
 SAPS: Escala para valoración de síntomas positivos
 SAS-SR: *social adjustment scale self report version*
 SCAN: *schedules for clinical assessment neuropsychiatry*
 SCID: Entrevista clínica estructurada según el DSM
 SCID I: Entrevista clínica estructurada según el DSM para los trastornos mentales del eje I
 SCID II: Entrevista clínica estructurada según el DSM para trastornos de la personalidad
 SCID-P: Entrevista clínica estructurada según el DSM para el paciente
 SCID PQ: Entrevista clínica estructurada según el DSM cuestionario de autoreporte
 SKID-I: Entrevista estructurada según el DSM para el eje I versión en alemán
 SKID-II: Entrevista estructurada según el DSM para el eje II versión en alemán
 SPSS: *Statistical Package for the Social Science*
 t: t de Student

T: Tesón
 TB: Trastorno Bipolar
 TCI: *Temperament and Character inventory*
 TDM: Trastorno depresivo mayor
 TEMPS-A: *the affective temperament evaluations of Memphis, Pisa, Paris, San Diego*
 TPQ: *tridimensional personality questionnaire*
 TP: Trastorno de la Personalidad
 TPA: Trastorno de la personalidad Antisocial
 TPD: Trastorno de la personalidad dependiente
 TPEv: Trastorno de la personalidad evitativo
 TPE: Trastorno de la personalidad esquizoide
 TPEs: Trastorno de la personalidad Esquizotípico
 TPH: Trastorno de la personalidad histriónico
 TPL: Trastorno de la personalidad Límite
 TPN: Trastorno de la personalidad narcisista
 TPNOES: Trastorno de la personalidad no especificado
 TPOC: Trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo
 TPPA: Trastorno de la personalidad pasivo agresivo
 TPP: Trastorno de personalidad paranoide
 VS: *versus*
 WHO: *World Health Organization*
 WHM: *World Mental Health*